

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André **POUGET**

Né le 16 Janvier 1888, à Paris

QUELQUES
FACIES PATHOLOGIQUES

Président : M. MÉNÉTRIER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1921

418

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André **POUGET**

Né le 16 Janvier 1886, à Paris

QUELQUES

FACIES PATHOLOGIQUES



Président : M. MÉNÉTRIER, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RENON.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
	DUPRÉ.
	JEANSELME
	P. MARIE.
	TEISSIER.
	DELBET.
	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	DE LAPPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	J. L. FAURE.
	Aug. BROCA.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique	
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIES-INGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTERER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIER.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBE HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR PAUL POUGET

*Bien que mort jeune, il reste présent à
ma mémoire et je m'efforcerai de ne pas
oublier ses leçons de probité et d'honneur
professionnels.*

A MA MÈRE

*Qui n'a pas reculé devant la lourde
tâche d'assurer mon éducation et qui m'a
offert constamment l'appui le plus éclairé
et le plus dévoué.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

*Qui me fait le grand honneur d'accep-
ter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TANON

*Qui m'a conseillé le sujet de cette
thèse. Témoignage de très vive recon-
naissance.*

À MES MAÎTRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJÉRINE

(In memoriam.)

MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

(In memoriam.)

MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

(In memoriam.)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

À MES MAÎTRES DES HOPITAUX

En souvenir de leur enseignement clinique.

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

À MONSIEUR LE DOCTEUR VILLANDRE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

*Tout est dit, et l'on vient trop tard
depuis plus de sept mille ans qu'il
y a des hommes et qui pensent...*

DE LA BRUYÈRE.

Certes, nous reconnaissons que l'étude des facies comme élément de diagnostic a été faite avec le plus grand soin par les médecins de l'antiquité, et cela n'est pas pour nous surprendre quand on songe au petit nombre des éléments de diagnostic qu'ils avaient en main. Trousseau lui-même écrivit « : Lorsqu'il s'agit de maladies dont toutes les manifestations étaient accessibles à leur observation, je doute qu'on trouve dans les auteurs modernes rien qui puisse leur être comparé; et même quand il manque quelques traits au tableau que de vigueur encore dans l'esquisse qu'ils en ont tracée ! »

La forte pensée d'Auguste Comte se vérifie « les morts gouvernent les vivants. » Cependant, dans l'éternelle et séculaire course du flambeau les maîtres modernes et actuels sont les porte-flammes, et ces maîtres maintiennent dans tout son éclat la littérature médicale française; aussi notre intention n'est pas d'égaler leurs descriptions.

*Nous désirons simplement disposer de ces richesses
transmises ou acquises pour les présenter dans un ordre
que nous espérons nouveau « non nova sed nove. »*

Car nous avons perdu l'espoir que

*Des antiques vergers ces rameaux empruntés
croissent sur notre sol mollement transplantés.*

*L'art de la greffe est bien difficile, il faut savoir le pra-
tiquier; aussi pourra-t-on dire de nous-même ce que La
Fontaine écrivait jadis :*

*« N'attendez rien de bon du peuple imitateur.
Qu'il soit singe ou qu'il fasse un livre
La pire espèce, c'est l'auteur. »*

HISTORIQUE

« L'étude pathologique de la figure humaine est restée pendant longtemps une curiosité plutôt qu'une science », a écrit Lagrange dans sa thèse remarquable sur les altérations de la physionomie. Les médecins comme les gens du monde se sont contentés pendant des siècles de deviner d'après l'inspection du visage et par une sorte d'inspiration, ce qui se passe dans l'organisme, sans chercher à se rendre compte des liens qui rattachent les muscles et les nerfs de la face à la vie organique. Et de fait, ils ne le pouvaient pas : la physiologie était encore dans les langes, les moyens d'exploration si variés et si précis dont dispose la science moderne et qui nous font saisir sur place le point lésé, leur faisaient complètement défaut. Partant, ils étaient réduits à s'attacher surtout à l'étude des symptômes et des phénomènes fonctionnels. Mais aussi quel tact exquis ils avaient acquis dans l'art d'inspecter la face.

De nos jours, les médecins désertant, en quelque sorte, le lit du malade pour l'amphithéâtre, le laboratoire et le cabinet de microscopie, tendent à reléguer au second plan l'étude des signes fonctionnels, auxquels les Anciens

attachaient, non sans raison, une si grande importance.

Mais le vrai médecin, sans négliger les indications fournies par l'auscultation et la percussion, par la chimie et par le microscope, tiendra toujours compte des signes généraux, et, de ceux de la face en particulier, signes si propres à nous conduire droit au but, à asseoir le diagnostic, le pronostic et l'indication thérapeutique, parfois même à contrôler les résultats de nos modernes méthodes d'investigation.

La sémiologie de la face a été étudiée dans tous les temps. Le père de la médecine, Hippocrate, dans plusieurs de ses ouvrages a insisté sur l'utilité de l'inspection du visage. Il recommande de s'assurer, avant tout, si le visage est celui d'un homme qui se porte bien et surtout si le malade l'avait tel à l'état de santé. (Pronostic. Livre I^{er}). Il veut aussi, avec raison, que notre jugement ne se fonde pas sur quelques symptômes isolés, mais sur la réunion de tous : « Le corps va bien ou mal selon que l'annoncent les yeux », écrit-il encore, voulant témoigner ainsi de toute l'importance du regard en sémiotique. Chacun sait avec quelle vérité et quelle précision le médecin de Cos a décrit le facies de l'agonie qui porte encore son nom.

L'inspection du visage n'avait pas moins d'importance aux yeux de Galien. Et c'est ainsi que le médecin de Pergame a pu prédire une saignée du nez, d'après l'aspect de la face, tout comme Hippocrate, à la seule vue du roi Perdiccas, devina qu'il n'était pas atteint de consomption, mais d'une affection morale.

Dans les siècles suivants, nombre d'observateurs, depuis Cœlius Aurelianus et Avicenne jusqu'à Baglivi, Van Swieten et Boërhave ont étudié avec un grand soin les altérations de la face et complété la sémiotique transmise par les anciens.

Ce souci de décrire minutieusement l'expression de la face dans les maladies apparaît de tous temps; du dix-septième siècle au dix-neuvième apparaissent les noms de médecins qui n'ont pas dédaigné, dans de longues et savantes dissertations de mettre en lumière toute l'importance de la sémiologie faciale. Sydenham, Stahl, Grill, Delaigne-Deschamps, Landré-Beauvais.

Plus tard les recherches de Charles Bell et de Shaw sur les fonctions du nerf facial; celles de Claude Bernard sur le rôle du nerf grand sympathique; celles de Duchenne de Boulogne, qui par ses célèbres expériences électrophysiologiques isola chaque muscle de la face pour en voir le rôle et l'appropriation, démontrant également que la physionomie résulte de l'harmonie ou des dispositions morphologiques des traits du visage et de l'action du système nerveux sur la musculature, la circulation, l'appareil glandulaire.

Puis, tous ces grands noms du siècle dernier qui illustrèrent la médecine et la France ainsi que Duchenne et Claude Bernard et qui sont les Laennec, les Trousseau, les Charcot, les Dieulafoy.

Il ne nous appartient pas de citer les maîtres actuels qui montent au temple pour inscrire leur nom sur le pur tableau des livres de l'esprit.

Hommes de science et artistes, ils laisseront, eux aussi, des pages éternelles, des pages nouvelles car la science a rajeuni l'art de la médecine. Ce n'est pas en vain que les Laennec, les Pasteur ont brisé les cadres de la pathologie et ouvert la voie aux recherches contemporaines si nombreuses. De plus, notre domaine s'est brusquement augmenté des connaissances de la pathologie exotique.

C'est ainsi que la classification de beaucoup de maladies paraît définitive et scientifique. Le type du malade sort vigoureusement appuyé sur la science. Sa physiologie se révèle tout entière, ne reste plus noyée dans l'incertain, elle s'épure, s'isole, se personnalise.

Et cela grâce aux moyens d'investigation si variés, dont dispose la science moderne et qui illuminent la pathologie, permettant souvent une systématisation raisonnée et soumettant à leur merveilleux critérium beaucoup de maladies même polymorphes.

Malgré les procédés ingénieux dont la science s'est enrichie depuis un siècle et qu'il n'est permis à personne de méconnaître ce ne sont là qu'instruments intermédiaires entre notre intelligence et les objets, tout comme le télescope et la loupe sont des instruments intermédiaires entre les mains de l'astronome et du naturaliste.

Ces moyens d'investigation multipliés, multiplient les notions premières et les rendent plus exactes, mais elles ne mettent cependant pas l'esprit dans de telles conditions que les manifestations artistiques ne se puissent produire plus fécondes, plus pratiques, plus sûres et

comme l'écrit Trousseau dans sa langue imagée et française :

« Tandis que nos devanciers moins riches que nous de ces connaissances que vous devriez tant utiliser avaient sans cesse l'esprit en travail de production : pauvres, ils mettaient en œuvre la plus mince des connaissances que le hasard, que l'expérience leur avait donnée ; ils exerçaient incessamment les forces de leur esprit comme des athlètes exercent celles de leurs muscles, et, il en résultait une puissance qui se traduisait quelquefois par des écarts singuliers, mais souvent aussi par des vues pleines de grandeur et de fécondité. Leurs efforts se multipliaient en raison de la pauvreté des moyens et les résultats étaient immenses ; et vous, autour de qui les moyens abondent, gâtés, énervés, rassasiés par ce qui vous est si abondamment offert vous ne savez que recevoir et qu'engloutir, et votre intelligence paresseuse étouffe d'obésité et meurt improductive.

« De grâce, un peu moins de science, un peu plus d'art, messieurs ! »

INTRODUCTION

Si, l'homme sain est tout entier dans sa face, comme l'a écrit Virey, l'homme malade dans bien des cas est tout entier dans son facies. Nos traits altérés par la souffrance peuvent non seulement exprimer dans certaines maladies la colère, la fureur, la tristesse, la stupeur mais encore indiquer par l'ensemble de leur disposition pathologique l'existence de telle ou telle affection.

Et cela n'est pas pour nous étonner; car la face est le siège des organes des sens, son système vasculaire est très développé, elle reçoit plus de nerfs qu'aucune autre partie du corps; aussi exprime-t-elle souvent avec vigueur les actes physiologiques les plus simples et les plus normaux : la digestion, l'amour, le sommeil. Impressions fugitives, il en est tout autrement de celles que causent les maladies.

Mais alors que chez l'homme sain, entre l'acte physiologique et sa manifestation, la volonté peut s'interposer, dans la maladie, la perturbation directe ou indirecte de l'économie anéantit plus ou moins la volonté et la machine humaine se montre ce qu'elle est. Le facies devient une synthèse, un ensemble symptomatique, qui, à force de

se reproduire identiquement dans certaines maladies, donne naissance à des types propres à faire reconnaître ces dernières.

C'est ainsi que l'examen de la face permet de soupçonner de nombreuses affections cardiaques, typhiques, pneumoniques. En tous cas elle oriente les recherches, les circonscrit dans un cercle déterminé. C'est le premier jalon.

D'autres fois l'examen du facies impose le diagnostic et quelquefois avec une violence, une brutalité d'autant plus surprenante que la cause de ces maladies longtemps mystérieuse est d'origine sécrétoire : l'acromégalie, le myxoedème. Ou bien encore cet examen contresigné avec ampleur des maladies telles que le goître, les végétations adénoïdes.

Mais, et c'est là peut-être son plus haut titre d'intérêt alors que l'on marche dans les ténèbres, que l'on court vers l'inconnu, l'examen du facies peut être un guide, une sorte de fil de Thésée, un bâton d'aveugle nous permettant d'avancer, car mieux vaut marcher dans les ténèbres que de s'immobiliser.

Elles existent ces maladies énigmatiques, térébrantes, souterraines, qui sournoisement sapent et minent l'organisme, et resteraient longtemps ignorées si, par cruauté mauvaise, elles ne s'acharnaient à stigmatiser le visage à infliger à la face des patients le sceau de leur emprise.

Elles existent ces maladies volcans demi-éteints, volcans ensommeillés dont le feu dévorant couve silen-

cieusement, mais qui lancent au visage une gerbe d'étincelles incendiant et ravageant la face. Syphilitiques, hérédosyphilitiques, tuberculeux, opiomanes, ægrotants mystérieux ou menteurs pour lesquels le facies est un phare illuminant la nuit des diagnostics.

Combien de fois lorsque les moyens habituels d'investigation nous trahissent, l'examen du facies, bouée heureuse, sauvera le diagnostic. Comateux, enfants sidérés et muets, eux tous, pour lesquels l'expression du visage peut suppléer à un interrogatoire impossible.

Et, c'est ainsi que dans l'éternelle poursuite vers la vérité l'examen du facies ne se borne pas à affirmer le diagnostic, mais il peut l'imposer ou mieux encore le révéler.

Le voile de la maladie mystérieuse est déchiré. Le présent est lumineux et clair mais l'avenir reste incertain et c'est encore à l'examen de la physionomie que l'on s'adressera, car, il permet souvent de se faire une opinion sur la gravité de l'affection en face de laquelle on se trouve. Gens du monde et parfois médecins se servent de ce guide précieux pour supputer l'avenir, établir un pronostic. Tantôt ce sera une apathie complète : l'individu semble ne plus s'intéresser à rien ni à ce qui l'entoure ni à lui-même ; tantôt c'est une excitation intense, de l'agitation ; parfois un air hagard qui, joint à un tremblement de la parole permet souvent de prédire l'imminence du délire alcoolique.

D'autres fois, chez les malades gravement atteints, le nez aminci, les yeux enfoncés, les oreilles écartées et

froides, les lèvres cyanosées, la peau sèche ou couverte de sueurs visqueuses, l'occlusion incomplète des paupières pendant le sommeil, constituent un ensemble symptomatique d'un effet saisissant et d'un pronostic fâcheux.

Enfin, les complications au cours de maladies aiguës ou chroniques se lisent fréquemment sur le visage et invitent le médecin à les rechercher.

L'examen du regard, du rythme respiratoire, l'état de la langue, de la muqueuse buccale, de la peau, la présence de sueurs, tout autant que la température et le pouls sont observations peut-être vulgaires mais qui pourtant exigent une longue pratique de la médecine et permettent d'établir un pronostic favorable ou défavorable.

Par ce court exposé nous voyons donc que la maladie, artiste peintre et statuaire, colore et modèle à sa guise le visage de l'homme. Sa palette est d'une richesse inouïe et ses doigts pétrisseurs sont agiles et puissants.

C'est pourquoi il nous semble bien que l'examen du facies occupe, cliniquement, une place prépondérante et cela d'autant plus que, logiquement, cet examen précède tous les autres. Ainsi, lorsque nous approchons du lit d'un malade, sa figure nous frappe avant tout; c'est elle aussi que nous devons, avant tout, interroger. Et, pendant que le patient vide son sac, qu'il vous conte ses misères, nous examinons sa physionomie, nous examinons aussi celle de ses parents. Or, souvent il arrive que certaines affections *se lisent* tout entières sur la face, tout comme l'état d'un cœur ou d'un poumon *s'entend* par l'auscultation.

CRITIQUES

Nous sommes obligé de reconnaître que le terme *facies* convient seul pour caractériser l'expression de la face dans les maladies. Ce terme vient peut-être de *fari* parler et en effet la figure humaine est véritablement parlante à l'état maladif. Néanmoins nous avons usé de synonymes : visage, physionomie, face, figure. De tous ces mots le visage est celui qui a le sens le plus étendu et dont l'usage est le plus fréquent; il est synonyme de physionomie en même temps que de face et de figure alors que physionomie ne saurait être confondu avec les deux autres. La physionomie c'est l'expression de la figure. Or, la figure c'est la forme, le contour, les traits, le dessin alors que le visage comprend à la fois les traits l'expression, le coloris. Quant à face, c'est un mot simple qui implique une idée générale souvent anatomique. Le visage se considère en détail, la face dans son ensemble.

Dans les arts du dessin le terme employé est celui de figure mais il signifie non seulement la représentation du visage mais encore celle de la personne humaine tout entière. Quand la figure est seule représentée comme par exemple dans les portraits on la nomme plus ordinairement tête, et si le haut du corps est joint, buste. Chemin

faisant nous ferons remarquer l'importance de la tête dans les arts puisqu'elle est l'unité qui sert à mesurer les figures; cette mesure est donnée par la moyenne des proportions dans la structure humaine. Elle est de huit têtes pour l'homme, de sept têtes pour la femme, de six têtes pour l'enfant. Que de troubles endocriniens commandent des proportions différentes.

Nous ajouterons encore que dans les arts plastiques l'étude de la figure est réputée la plus délicate et la plus difficile, particulièrement celle de la tête. Cette étude comprend le dessin ou le modelé et de plus la coloration pour le peintre. Nous déplorons de n'avoir pas fait une excursion dans les arts, car nombreuses sont les toiles ou les sculptures de maître qui auraient pu illustrer l'exposé des facies.

L'étude du visage et de la physionomie n'a pas seulement intéressé les médecins et les artistes mais encore ceux qui créèrent l'art de connaître l'homme par l'intermédiaire de sa physionomie — les physiognomonistes. — Ils espéraient déduire le caractère d'un individu de la forme fondamentale de ses traits et de la charpente osseuse de sa figure. L'antiquité et le moyen âge ont connu cet art : Zopyre, le pseudo-Aristote, Porta et d'autres encore avant d'arriver au maître du siècle dernier Lavater et ses adeptes. Ils étudiaient d'abord les signes de chaque partie de la face considérée isolément : un front bombé, proéminent signifiait haute pensée, imagination, invention; un front bas, animalité; un front en pyramide, astuce; un nez aux ailes fines et mobiles,

sensualité; une lèvre supérieure en auvent, fermeté; un menton en galoche, volonté. Et tous ces signes valaient surtout par leur combinaison et l'expression générale qui en résultait. Lorsqu'ils furent étudiés évolutivement ces signes donnèrent naissance à une science curieuse : la mimique comparée de l'homme et de l'animal. Mais cette science que l'on a appelée la physiognomonie est bien conjecturale. Elle n'est basée sur aucune méthode scientifique ou rationnelle, aussi les successeurs de Lavater n'ayant pas le génie du maître n'ont pu faire avancer son œuvre. A vrai dire la physiognomonie n'a pas de caractère scientifique, ce n'est même pas un art, mais un exercice auquel d'ailleurs Lavater excellait. Un homme peut ressembler à un lion sans être courageux, généreux; une femme à une gue-non sans être pour cela impertinente, malicieuse.

Nous ferons cependant des réserves pour d'autres méthodes plus acceptables ayant pour point de départ d'autres ressemblances. C'est ainsi que des races homogènes se distinguent par un certain nombre de caractères physionomiques qui les font aisément reconnaître et qui coïncident avec les aptitudes et des tendances morales très différentes. La France aux entrailles généreuses et fertiles n'infuse-t-elle pas à ses enfants des caractères physionomiques indéniables ? Un médecin ne peut les ignorer et souvent il sera conduit à établir des rapports entre ces caractères et le tempérament de l'homme sain ou le facies de l'homme malade.

Il en serait de même pour certains mouvements des

parties les plus mobiles de la face qui donnent à l'étude de la physionomie une certaine importance et font que l'épithète de physionomiste n'est pas un mot vide de sens. Si l'habitude de la réflexion exagère les rides du front, surtout les rides verticales, tout comme le rire fréquent creuse le sillon nasolabial et griffe en éventail la commissure externe des paupières, il n'est pas exagéré d'écrire que le jeu des muscles de la face ainsi que le regard imprime à l'ensemble de la physionomie un cachet spécial. La figure de l'idiot exprime l'hébétude, celle de l'aveugle est frappée d'inertie. La figure du lypémanique, celle de l'aliéné traduisent excellemment les sentiments qui les animent tous deux.

En lisant les travaux précédents nous avons été surpris que leurs auteurs se soient efforcés de résumer l'étude du facies à plusieurs types : respiratoire, abdominal, cardiaque, cérébral. Ils s'interdisaient ainsi toute excursion dans les domaines si importants de la pathologie des troubles toxiques, endocriniens, ou de la nutrition ainsi que l'exposé des facies difficiles à classer. Ce procédé nous a paru très artificiel, très arbitraire, nous ne croyons pas à l'existence d'un type respiratoire mais à celle de nombreux types respiratoires nettement individualisés. Certes, ils ont des liens de parenté, de cousinage qui peuvent rappeler une commune origine mais ils se différencient aussi nettement que les visages des membres d'une même famille.

Cependant il faut concéder que l'examen de la physionomie n'entraîne pas fatalement le diagnostic. L'exa-

men sommaire ou même complet de la physionomie d'un malade pourrait être la source d'erreurs. Tout comme il faut se garder de juger les gens sur la mine il faut de même ne point juger un malade sur son facies. Il en est de trompeurs aussi doit-on se garder de poser un diagnostic basé sur le seul examen du visage. Certes, cet examen est primordial mais il ne doit et ne peut être que le prélude, l'examen liminaire dans la diagnose. Faisant nôtre la phrase de La Bruyère nous écrirons volontiers : « La physionomie n'est pas une règle qui nous soit donnée pour juger des hommes : elle nous peut servir de conjecture. »

C'est pourquoi nous nous sommes placé à un point de vue historique, et nous nous sommes efforcé de rechercher parmi les descriptions anciennes et nouvelles les plus saisissantes, celles qui ont chance de survivre et qui justifient notre idée directrice, à savoir que l'étude d'un facies oriente souvent le diagnostic et peut en grande partie le diriger consciemment ou inconsciemment. Souvent cette trame paraît légère, presque invisible, mais sur elle se brode un ensemble d'impressions mal définies qui font ce qu'il est convenu d'appeler « le sens clinique. »

GÉNÉRALITÉS

Avant d'aborder l'exposé des facies, nous désirons, sous forme de généralités, analyser les transformations que les maladies peuvent imposer à chaque organe du visage, en particulier. Mais pour éviter que ces généralités ne soient que des leitmotive fastidieux nous nous sommes efforcé de ne mettre en relief que des caractéristiques n'appartenant pas au facies que nous décrivons.

Le nez

En dehors de ses caractères morphologiques le nez a de multiples fonctions physiologiques, ce qui lui donne une place d'une importance extrême en pathologie.

Rôles respiratoire, phonatoire, digestif, sensuel, affectif sont les principaux; il s'ensuit que l'insuffisance nasale provoque des troubles variés, et souvent commande une physionomie saisissante, en partie décrite chez l'adénoïdien.

Mais en dehors de l'insuffisance nasale le nez contribue pour une large part aux modifications du facies.

Son squelette peut être atteint. Nez en bec de perro-

quet par destruction de la sous-cloison. Nez en selle, en pied de marmite, en lorgnette par lésions des os propres, ce sont là stigmates de syphilis. Le nez gros, épais, étalé avec des ailes volumineuses peut être l'indice d'un type particulier : digestif, pléthorique, sensuel. De sa musculature riche dépend une mimique très expressive, et souvent chez les mentaux le nez prend des attitudes étranges.

Sa mobilité dans les maladies infectieuses est presque constante. La cadence précipitée du frémissement de ses ailes dans la bronchopneumonie est une règle. L'hémispasme est fréquemment un des caractères de la maladie des tics. La dilatation des narines se voit chez l'asthmatique pendant sa crise.

Sur le récif nasal, les flots artériels se heurtent et s'entrecroisent, et, si la température du nez échappe au contrôle de la vue, du moins, les modifications de la coloration appellent souvent le diagnostic, révèlent le pronostic.

Tantôt l'on croirait que l'extrémité libre du nez a été trempée dans un pot de vermillon comme le ferait un clown. Tantôt les narines, les ailes et le lobe sont damasquinés de filets corail, écume de sang, qui les décorent de leurs délicates ramescences comme on le voit chez les alcooliques et les mitraux.

D'autrefois la partie inférieure du nez rougit, se violace prend une teinte vineuse, se couvre de dilatations variqueuses, bourgeonne et cette intumescence est le signe populaire de l'ivrognerie.

Mais à côté de ces phénomènes de vaso-dilatation il en est de vaso-constriction. Les narines se pincent, pâlisent, s'immobilisent dans les états présyncopaux, palpitent et s'ischémisent dans les états péritonéaux, s'étirent, se parcheminent et prennent des tons d'ivoire dans les états consomptifs. Les narines se dessèchent et deviennent pulvérulentes pendant les grandes hypothermies et dans les états mortels.

Les lèvres

La forme des lèvres peut donner d'utiles indications sémiologiques. Les scrofuleux ont habituellement une grosse lèvre supérieure à cause des fréquentes poussées d'eczéma impétigineux pendant lesquelles se constituent fissures et rhagades. Les idiots myxœdémateux ont souvent la lèvre inférieure épaisse et tombante. L'acromégalique a les deux lèvres tuméfiées et saillantes. Par contre les lèvres s'amincissent dans la sclérodermie et l'orifice buccal paraît rétréci. Les lèvres sont tendues sur les dents comme dans le rire chez les grands cachectiques.

Dans les différentes paralysies, les lèvres prennent des attitudes spéciales et souvent très caractéristiques. C'est ainsi que dans la paralysie faciale la commissure du côté paralysé est abaissée. Les lèvres tremblent dans la paralysie générale, l'alcoolisme, l'hydrargyrisme, le parkinsonisme, les fièvres ataxo-dynamiques.

D'autres fois elles sont serrées, soudées comme dans la période tonique des états convulsifs et dans le trismus. Les commissures sont déviées dans le rictus sardonique de certains états méningitiques.

La coloration des lèvres offre également une grande variété de tons : violacées dans les asphyxies bleues. Cette teinte se dégrade chez les mitraux et dans le stade frissonnant de la fièvre. Ecarlates chez les scrofuleux. Rose tendre chez les chlorotiques, les anémiques. Rose très pâle chez les cachectiques et dans les asphyxies blanches.

Puis aussi elles se sèchent, se fendillent, se crevassent, se recouvrent de fuliginosités dans les états adynamiques.

Les dents et les gencives

Chez le nourrisson le retard dans leur date d'apparition peut être l'indice d'une tare héréditaire, la syphilis, ou bien d'une maladie à son début, le rachitisme...

Plus tard leur mauvaise conformation peut permettre de reconnaître rétrospectivement l'existence de plusieurs maladies graves ou d'une maladie longue qui s'est produite pendant l'évolution dentaire.

Les modifications de structure sont extrêmement variées. Nous ne retiendrons que les altérations de la couronne qui tantôt semble rongée, sciée, taraudée, vermoulue, tantôt est érosée en cupule, en sillon, en gradins, en gâteau de miel, en scie. La plus importante,

est l'échancrure en coup d'ongle, en croissant des deux incisives médianes supérieures; c'est la dent d'Hutchinson constituée par une échancrure semilunaire, gracieusement ondulée, taillée en biseau, dents souvent étroites et brèves en forme de tournevis qui constituent une forte présomption en faveur de la syphilis.

Là, ne se bornent pas les altérations des dents, il en est d'autres, le microdontisme, l'amorphisme, la vulnérabilité, les colorations anormales, c'est ainsi qu'elles peuvent être noires chez les dyspeptiques à éructations sulfhydriques, verdâtres chez les ouvriers travaillant le cuivre, bleuâtres chez les mercurialisés et les saturniens. Enfin il est assez fréquent de voir les dents se déchausser chez le diabétique et tomber prématurément ou rapidement chez les intoxiqués industriellement ou chez ceux qui sont la proie d'un trouble trophique d'origine névritique ou central ou bien encore d'un vice de nutrition comme les diabétiques, les urémiques, les hyperchlorhydriques. Au niveau de la sertissure des dents on peut observer sur les gencives diverses colorations formant liseré. Liseré bleuâtre du plomb, liseré vert du cuivre. Gencives roses presque blanches de l'anémie et de la chlorose, quelquefois vineuses framboisées chez des sujets anémiés dont la muqueuse buccale est enflammée. Gencives parsemées de taches noirâtres dans les purpuras symptomatiques, de taches ardoisées dans la maladie d'Addison, pigmentées d'un noir bleuâtre chez certains tuberculeux ayant en même temps de la mélanodermie, teintes plus ou moins jaunes dans les ictères intenses.

Enfin les gencives sont le siège de nombreux énanthèmes qui imposent le diagnostic soit qu'ils constituent à eux seuls la maladie ou en soient le prélude.

La langue

La langue a été très étudiée par les médecins anciens, car ils avaient constaté que bien souvent elle renseigne sur l'état du malade et même dénonce la maladie. Du reste les médecins modernes ne négligent pas son examen.

Avant de donner un aperçu de ses différentes colorations rappelons d'une part certains troubles trophiques tels que l'hypertrophie en masse dans la lymphangiome, l'acromégalie, la macroglossie des crétins et des idiots tels que l'atrophie générale ou partielle dans le tabès, la paralysie glosso-labio-laryngée, le traumatisme de l'hypoglosse. D'autre part la paralysie plus ou moins complète de la langue, qui se manifeste par une déviation de la pointe, par hémiplegie ou contracture unilatérale ainsi que par les tremblements d'ensemble ou partiels fibrillaires, comme dans l'alcoolisme, la paralysie générale, la paralysie glosso-labio-laryngée et bien des états hyperinfectieux.

Quant aux modifications de la coloration de cet organe elles sont nombreuses.

Langue blanche, large, amollie, opalescente des pleurétiques à température modérée, des rhumatisants. Lan-

gue blanchâtre, miroitante, porcelainique des grippés. Langue grisâtre à reflets d'opale flamboyante à papilles saillantes, et lestée en son centre d'un enduit crémeux des gastriques. Langue grisâtre encadrée de rouge écarlate du scarlatineux. Langue humide mais sèche et rouge sur les bords, rôtie, au début de la fièvre typhoïde. Langue sèche noirâtre, cornée, fendillée, fuligineuse des fièvres graves adynamiques, langue de perroquet de nos devanciers; quelquefois même noire, comme elle a été observée chez le typhique et le diabétique. Langue rouge et scrotale des syphilitiques. Langue rouge intense, sèche, collante des urinaires.

Les glandes salivaires.

L'augmentation de la sécrétion salivaire modifie quelque peu l'expression physiionomique et éclaire parfois le diagnostic. Sialorrhée que traduit l'écoulement de bave par les commissures buccales chez le nourrisson pendant la période d'éruption dentaire. Sialorrhée à un âge plus avancé causée par des odontalgies, névralgies du trijumeau, stomatites au cours de maladies générales, d'intoxications, de dyspepsies, de gastralgies. Ptyalisme de la grossesse, de l'hystérie, des goitres, des aliénés. Enfin parotidites indolores du saturnisme. Oreillons.

La région orbito-palpébrale.

La région orbito-palpébrale contribue largement à l'expression des émotions, la peau étant très mobile sur les plans profonds, aussi ne faut-il pas s'étonner des variations physionomiques qu'elle impose au facies.

C'est ainsi que la région sourcilière, en avant-scène au-dessus des globes oculaires enfoncés, est souvent un indice d'hypermétropie. Par contre il n'est pas rare de voir le globe oculaire proéminent et la saillie sourcilière effacée dans la myopie.

Chez les microcéphales imbeciles, les saillies sourcilières sont effacées, les yeux sont à fleur de tête et rappellent la conformation des yeux de Batraciens.

La paralysie des muscles frontaux, orbiculaires des paupières, et sourciliers donne suivant l'expression consacrée un masque spécial. L'immobilité du sourcil s'observe dans la paralysie faciale périphérique, la paralysie agitante et dans cette dernière elle produit une expression permanente de tristesse et d'hébétude. L'inocclusion des paupières se rencontre dans les paralysies faciales, aux périodes agoniques et après la mort. Le spasme de l'orbiculaire, dans la maladie des tics et l'hystérie. L'élévation exagérée du sourcil s'observe dans le ptosis congénital ou acquis. L'absence ou la rareté du clignement dans la paralysie agitante et le goitre exophtalmique. La région palpébrale donne également d'autres indications utiles. C'est ainsi que le sillon oculo-palpé.

bral se confond avec la gouttière oculo-palpébrale chez les sujets très amaigris. Du reste, la portion orbitaire de la paupière supérieure est éminemment variable comme disposition, suivant le degré d'embonpoint ou d'émaciation des sujets. L'effacement de la gouttière est bien souvent une des premières manifestations apparentes d'une affection rénale, mais en dehors de l'œdème brightique, cette gouttière peut encore être effacée chez certains toussseurs chroniques, chez les asthmatiques comme dans la maladie de Basedow et chez les porteurs d'anévrysme basilaire ou de thrombose des sinus.

Par contre, l'enfoncement du globe oculaire et des paupières s'observe dans les états cachectiques et dans la paralysie du sympathique cervical.

La coloration des paupières est variable. Tantôt bouffies et pâles, le myxœdémateux; blanches, luisantes et lourdes, l'obèse; blanc grisâtre, l'arsénié; rose vif, chassieuses, le scrofuleux; sanglantes, l'alcoolique, le mitral; épaisses brunâtres, l'acromégalique; cyanosées, le cholérique. Tantôt comme chagrinées de taches rous-sâtres comme dans la grossesse, l'aliénation mentale, le tabès, le basedow. Souvent une teinte brune, terre de sienne cerce les yeux dans les affections utéro-ovariennes, gastriques, entéritiques. Parfois des varices serpentineuses et violettes soulèvent l'angle externe des paupières comme chez les toussseurs, les asthmatiques. De petites tumeurs de la grosseur d'un pois s'installent comme chez les gouteux.

Les troubles sécrétoires de l'appareil lacrymal ne sont

pas, sans modifier eux aussi, la physionomie. Trousseau signalait leur tarissement relatif au cours de certaines fièvres graves. Berger l'a observé au début du goitre exophtalmique, du tabès, du diabète et de la paralysie faciale. Notons en passant les larmes de sang des hystériques, les larmes uratiques de certains goutteux et rhumatisants chroniques.

Les yeux.

La maladie peut modifier toutes les dispositions naturelles de l'œil. Le corps va bien ou mal selon que l'annoncent les yeux (Hippocrate). Et de fait l'œil est brillant dans les affections congestives qui déterminent la face vultueuse; son éclat diminue et se ternit dans les affections chroniques ou tristes. Le spécialiste des maladies mentales fixe son diagnostic par l'aspect des yeux du fou.

Sa couleur participe ordinairement à celle du reste de la face. Son volume paraît s'augmenter dans certaines fièvres inflammatoires et dans tous les cas où il s'établit un obstacle au cours du sang veineux dans les vaisseaux du cou, angines graves, strangulation. L'œil peut encore être projeté en avant et en dehors de l'orbite.

Tantôt la saillie est peu marquée et l'expression du regard est simplement étonnée, égarée tantôt effarouchée et sauvage surtout sous l'influence de la contrariété, de la crainte ou d'une émotion pénible. Dans les

cas où ce symptôme a une intensité exceptionnelle l'œil sort réellement plus ou moins, de l'orbite empêchant complètement les bords des paupières de se rapprocher. Enfin à un degré extrême l'œil peut être projeté en avant, assez pour qu'on aperçoive les insertions musculaires des muscles droits, bleuâtres et entourées d'un lacs de vaisseaux très fins. En ce cas la conjonctive quitte les paupières et s'applique sur la partie du globe anormalement visible. Elle est froncée, rouge et gonflée et forme autour de l'orifice palpébral plus ou moins circulaire un bourrelet saillant hyperémié. Les glandes lacrymales hypersécrètent, ce qui n'empêche pourtant pas l'inflammation de la cornée mal lubrifiée, mal défendue contre les poussières.

L'exophtalmie peut dépendre de l'œdème du tissu conjonctif orbitaire repoussant l'œil en avant comme dans les anasarques d'origine brightique, dans les paralysies du moteur oculaire commun, dans l'hystérie, dans les tumeurs du fond de l'orbite enfin et surtout dans la maladie de Basedow.

Par contre les yeux s'enfoncent dans l'orbite lorsque le tissu cellulo-adipeux de cette cavité diminue sous l'influence de l'émaciation générale provoquée par les maladies aiguës ou chroniques; en même temps les yeux s'ouvrent plus largement et paraissent plus grands, ainsi que cela s'observe chez les phtisiques et les cholériques.

Après l'exophtalmie et l'énophtalmie citons encore le nystagmus, le blépharospasme, le strabisme. Dans le nystagmus l'œil exécute des mouvements désordonnés,

des oscillations de petite étendue et rapides, horizontales, verticales ou rotatoires. Ce nystagmus peut être congénital, convulsions, hydrocéphalie: professionnel, mineurs des houillères, couturières; pathologique, sclérose en plaques, tabès, syringomyélie, encéphalite léthargique, tumeurs cérébrales. Par contre l'œil est fixe et hagard dans l'extase, la catalepsie ainsi que dans certaines formes de la fièvre typhoïde et dans la méningite.

Quant au blépharospasme dû à la contracture de l'orbiculaire des paupières il peut être l'indice de tuberculose, de syphilis, mais en fait il appartient surtout à l'hystérie.

Enfin le défaut de parallélisme des axes optiques modifie très notablement le caractère de la physionomie et peut conduire au diagnostic d'héredosyphilis chez le nourrisson; de méningite, de lésions auriculaires, de vices de réfraction chez l'enfant; d'encéphalopathie, de méningite, de néoplasme intracranien, de diabète chez l'adulte.

Maintenant nous allons essayer de passer rapidement en revue les organes de l'œil susceptibles de modifier le facies.

La conjonctive. — Ses modifications de coloration peuvent être un élément de diagnostic. Rose très pâle chez les anémiques, les chlorotiques, les intoxiqués, les hémorragiques. Brune à reflets bleus dans la maladie d'Addison et quelquefois dans le paludisme. Jaune dans l'ictère, signe prémonitoire et rétrospectif. Lui-

sante, blanchâtre, d'aspect épidermique dans le xerosis conjonctival qui peut mettre sur la trace de lésions générales telles que la syphilis héréditaire chez l'enfant ou des troubles hépatiques chez l'adulte. Parfois même cette coloration se manifeste au cours de la fièvre typhoïde et du choléra.

Les conjonctivites bien que provoquées par des microbes divers peuvent redresser ou amorcer des diagnostics. Conjonctivites gonococciques, tuberculeuses, syphilitiques, éczémateuses, électriques; conjonctivites des maniaques, des épileptiques.

La cornée. — Normalement transparente elle peut se tacher d'ombres, de nuages, d'opacités diffuses qui la colorent en teintes variables allant du gris bleu léger au blanc porcelaine le plus intense. Stigmate de glaucome infantile et par cela même de syphilis héréditaire. Indice d'imprégnation métallique. Vestige d'affections aiguës telles que l'influenza mais aussi de syphilis, de tuberculose, de lèpre. Notons en passant les taies que laissent la kératite phlycténulaire chez les enfants lymphatiques, strumeux ou qui furent porteurs d'éruptions impétigineuses de la face et des narines. Notons encore les kératites parenchymateuses révélatrices d'une syphilis ignorée. Le gérontoxon ou arc sénile croissant, puis auréole cerclant de son anneau blanc bleuâtre la cornée des vieillards et parfois celle d'individus moins âgés athéromateux, alcooliques ou syphilitiques.

L'iris. — Diaphragme tendu au devant du cristallin, se présente sous un aspect velouté avec saillies et dépressions à disposition plus ou moins radiée et de coloration assez uniforme sauf au voisinage de la racine de l'iris où la pigmentation est plus forte. Chez certaines personnes il existe dès la naissance des taches pigmentaires de l'iris. C'est ainsi que l'assombrissement d'une nuance bleue virant du jaune vert au brun pâle peut être considéré comme une indication de dégénérescence. On peut également remarquer par l'examen direct des formations kystiques soit kystes congénitaux ou encore cysticerques. Enfin des lésions inflammatoires nodulaires produisant des taches blanches ou jaunes peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic tel que la syphilis, la tuberculose, la blennorrhagie, le rhumatisme.

Pupille. — Orifice arrondi placé normalement au centre de la membrane irienne. Quand il existe des anomalies congénitales de sa forme ou doit toujours penser à la syphilis. Il peut également exister des anomalies de couleur. Noire à l'état normal elle peut présenter un reflet vert grisâtre comme dans le glaucome absolu ou subaigu ou bien un point d'un blanc crayeux comme dans la cataracte polaire antérieure ou bien encore une coloration allant du gris le plus atténué au blanc le plus pur comme dans la cataracte crétacée sénile.

Parfois et notamment chez les enfants la pupille présente un reflet miroitant blanchâtre et passager que l'on désigne sous le nom d'œil de chat amaurotique et

que l'on observe dans les tumeurs intraoculaires surtout le gliome rétinien. La coloration rouge de la pupille s'observe dans les hémorragies intraoculaires.

Mais ce cercle noir qui se contracte ou se dilate au gré des influences lumineuses et accommodatives peut exprimer avec violence la douleur de l'organisme; rideau vivant qui se ferme ou s'entr'ouvre sympathiquement, son jeu est le témoin de sa participation aux souffrances humaines.

Elle se contracte. C'est le myosis et cela peut être un signe d'intoxication : opium, nicotine, chloral, pilocarpine, éserine ou bien encore d'intoxication urémique. Un signe de tabès, syringomyélie, méningite aiguë, folie, paralysie du sympathique cervical; un indice précieux pendant la narcose.

Elle se dilate. C'est la mydriase et cela peut aussi être un signe d'intoxication : atropine, belladone, duboisine, cocaïne. Une indication pour reconnaître l'abcès du cerveau, l'épilepsie, le jacksonisme, l'heminthiase, le botulisme, les lésions de l'oculomoteur commun et de ses centres nucléaires, l'encéphalite, l'hystérie. D'autres fois les pupilles sont inégales elles contresignent le tabès, la neurasthénie, la paralysie générale, la méningite tuberculeuse et quelquefois même la pneumonie, la péricardite le parkinsonisme, la fièvre typhoïde l'anévrisme de l'aorte, la tuberculose d'un sommet.

Avant de terminer cet exposé malheureusement sommaire nous voudrions rappeler brièvement les manifestations cliniques du *syndrome oculo-sympathique*. Syn-

drome d'excitation qui se caractérise par la pâleur de la face, la dilatation pupillaire unilatérale, la rétraction de la paupière supérieure avec agrandissement de la fente palpébrale, le signe de de Græfe, la protrusion du globe oculaire.

Syndrome de paralysie de Claude Bernard-Horner qui se caractérise par un rétrécissement de la fente palpébrale qu'accompagne un ptosis léger. Myosis. Enophtalmie. Hyperémie conjonctivale. Troubles de la sécrétion lacrymale. Dépigmentation de l'iris. Hétérochromie. vaso-dilatation de l'hémiface et d'une oreille avec rougeur et troubles de la sécrétion sudorale. Troubles trophiques tels que l'hémiatrophie de la face.

Le syndrome oculosympathique peut aiguiller ou préciser le diagnostic aussi est-il d'un grand intérêt pour la connaissance de nombreuses lésions : lésions des centres bulbaires dans la paralysie alterne bulbaire; lésions des centres par atteinte du centre ciliospinal dans la syringomyélie, la sclérose en plaques, le tabès, les tumeurs de la moelle, les compressions médullaires (mal de Pott); lésions radiculaires inférieures du plexus brachial dans certains traumatismes; lésions du tronc sympathique ou de ses ganglions dans les tumeurs cervicales ou médiastinales, goitre, adénopathies cervicales néoplasmes de l'œsophage et de la trachée, anévrysmes de l'aorte, lésions vertébrales.

D'autre part les syndromes oculosympathiques peuvent être dissociés c'est ainsi que l'on observe des modifications pupillaires dans les affections nerveuses comme

la pachyméningite, l'hémorragie méningée, le ménin-gisme, maladies dans lesquelles le myosis précède la mydriase. De plus les modifications pupillaires sont particulièrement intéressantes dans les affections pleuro-pulmonaires. Le syndrome de Cl. Bernard-Horner peut exister au complet ou bien la mydriase associée ou non à des troubles vaso-moteurs de la pommette et de l'oreille peut caractériser l'irritation pleurale dans la pleurite du sommet alors que le myosis peut traduire la symphyse pleurale.

Il est enfin une question assez curieuse que nous voudrions esquisser rapidement, c'est celle de l'*iridodiagnos-tic*. Déjà Horner avait supposé que la paralysie du sympathique est capable d'entraîner des différences de coloration de l'iris. Il s'agissait en l'espèce de traumatisme. Cette observation et d'autres analogues permirent à certains de créer une méthode nouvelle de diagnostic, basée sur ce fait que l'excitation des filets sympathiques d'une région malade peut transmettre par les autres filets du même système à de nombreux points du corps et particulièrement aux plis radiés ou circulaires de l'iris l'expression sensible de leur souffrance.

Le résultat de ce processus serait la production de taches, de fentes, de raies, de foncements de couleur affectant essentiellement une forme radiée ou circulaire, qui plus est l'iris ne serait pas un miroir de hasard sur lequel viendrait se refléter les maladies. A chaque organe correspondrait un territoire iridien nettement déterminé. Et ceci serait vrai pour les viscères comme pour les

membres, pour les affections chroniques comme pour les aiguës. Nous avons recherché ces signes révélateurs et nous avons le regret d'avouer que nos examens ne nous permettent pas de croire à cette méthode.

Les oreilles.

Le pavillon de l'oreille a ses caractères de beauté, de distinction ou de difformité. Il présente des différences très marquées suivant les races et suivant les individus. Si bien que l'oreille tout comme le nez a pu servir de base à une classification des hommes grâce à laquelle il est possible de retrouver un malfaiteur. C'est le portrait parlé, cette ingénieuse découverte de Bertillon. Mais l'oreille, et à juste titre, peut également intéresser le médecin, car ses déformations sont une des révélations extérieures du développement défectueux de l'organisme. Ces anomalies de structure se rencontrent chez les idiots, les imbéciles ou les simples débiles. A l'oreille elles sont particulièrement intéressantes, car souvent chez les dégénérés dits supérieurs, elles peuvent constituer la seule déformation constatable. Les principales sont les suivantes : grandes oreilles détachées de la tête (oreilles en anses de panier). Défaut de l'ourlet de l'hélix. Développement anormal du tubercule de Darwin. Prolongement de la racine de l'hélix qui épousant l'anthélix sépare ainsi la conque en deux parties. Atrophie ou disparition du lobule. Adhérence anormale

de ce lobule. Son esthétique est également troublée comme nous le verrons chez l'hérédosyphilitique.

Quant à ses variations de coloration nous les retrouverons à propos de nombreux facies. Nous ajouterons cependant les ecchymoses volumineuses que l'on peut constater au cours de l'épilepsie, de l'éclampsie, d'ictus et que la richesse vasculaire de cet organe explique. Nous rappellerons également sa coloration rouge bleuâtre et veloutée pendant les saisons froides, triste apanage des constitutions débiles et faibles des scrofuleux. Son hyperémie active par stase veineuse dans les maladies du cœur; sa cyanose locale de nature angioparalytique avec turgescence et froideur du pavillon, symptôme hystérique ou neurasthénique plus fréquent à l'époque de la puberté. Pour mémoire notons l'othématome des aliénés et des boxeurs.

Mais il reste bien évident que l'on ne peut prétendre tenir le diagnostic par les oreilles.

La peau.

Son étude ne sert pas seulement à apprécier les maladies cutanées mais elle peut être encore d'une grande utilité pour le diagnostic des maladies générales.

Les altérations portant sur la couleur sont d'une variété presque infinie et nul peintre ne peut se vanter de posséder une palette plus nuancée.

Carnation rose et délicate aux teintes harmonieuse-

ment fondues de l'adolescence. Carnation rose virant au sombre et fardant les pommettes de la chlorotique et de la prétuberculeuse. Soufflets rougeâtres ou rutilants des dyspeptiques, des pneumoniques. Rougeur pure et sanglante des artériels. Rougeur bleuâtre et violacée des cardiaques, des pulmonaires. Rougeur luisante et foncée de l'érysipèle, framboisée de la scarlatine, violacée de la coqueluche. Rougeur et pâleur alternantes de la méningite tuberculeuse.

Puis la souffrance nous convie à des spectacles de chair pâlie. Symphonie en blanc de son cortège de douleurs. Pâleurs liliales des hémorragiques, pâleurs blafardes des anémiques. Pâleurs mates et verdâtres des chlorotiques. Pâleurs laiteuses des albuminuriques, grisâtres des saturnins. Pâleurs de cierge des aortiques, pâleurs jaune paille des cancéreux, jaunâtre des cachectiques, feuille morte des paludéens.

Puis surgissent et se mêlent au tourbillon de ces masques la face cuivrée des exanthèmes syphilitiques, le masque étrange des tuberculeux peint en couleurs diverses et mal fondues. Le masque jaune de l'ictérique. Les recherches modernes ont montré la valeur particulière de l'examen de la peau des cholériques. Récemment étudiée par Castaigne elle peut apparaître sous des masques divers. La xanthodermie, jaunisse légère atteignant la peau sans toucher les muqueuses : le teint est jaunet, jaunâtre, verdâtre, quelquefois il est même simplement mat et ne peut se colorer sous l'influence des émotions. La xanthodermie se localise fréquemment

à la face donnant une coloration spéciale jaune chamois. La mélanodermie biliaire dans sa forme la plus intense consiste en pigmentations généralisées donnant à l'ensemble des téguments l'aspect que l'on trouve chez le mulâtre, le créole, l'oriental. Le plus souvent il s'agit de pigmentations localisées : grains de beauté, taches de rousseur, larges taches pigmentaires qui, lorsqu'elles se surajoutent à la xanthodermie constituent le masque cholérique simulant le masque de la grossesse. Le xanthélasma qui peut à lui seul être un signe révélateur de troubles humoraux d'origine hépatique : il est alors de petite dimension, le plus souvent localisé à l'angle interne des paupières ; il est produit par l'accumulation de cholestérine (Castaigne).

Les érythèmes si variés, les taches vasculaires, les pûrpuras, les taches pigmentaires ne siègent pas de préférence à la face ou bien constituent la maladie tout entière. Nous retiendrons cependant quelques hyperchromies de cause interne. Ainsi le masque de la grossesse, pigmentation qui occupe exclusivement le visage surtout le front et les tempes, beaucoup plus rarement les joues et le menton, et qui persiste parfois longtemps après la délivrance ; pigmentation constituée par de larges taches mal délimitées, irrégulières, diffuses sur les bords et d'une coloration jaunâtre ou grisâtre. C'est un masque que l'on a pu observer en dehors de la grossesse chez les femmes atteintes d'affections utéro-ovariennes.

La mélanodermie de la maladie d'Addison et du diabète

bronzé, maladies caractérisées par des taches isolées, mal délimitées, brunâtres, disséminées qui deviennent confluentes et finissent par recouvrir la totalité des téguments y compris la muqueuse buccale.

Enfin les pigmentations toxiques, telle la coloration ardoisée due à l'absorption de nitrate d'argent, les taches fauves ou brunes de l'intoxication arsenicale.

Quant aux vésicules, bulles, pustules, papules, tubercules, squames, croûtes, troubles sécrétoires, modifications de la température ils appartiennent rarement à la sémiologie de la face proprement dite. Elles amorcent parfois le diagnostic mais cèdent immédiatement le pas à l'examen des téguments.

Les cheveux et les poils.

Chez l'individu sain les poils sont flexibles, élastiques, hygrométriques, alors que les poils pathologiques sont durs, lanugineux, secs, cassants aussi peut-on dire qu'un organisme est atteint lorsque les poils deviennent ternes, friables manquent de souplesse. Mais encore, ils tombent et leur chute donne la réplique à toute grande secousse organique. Il semblerait que la nature veuille économiser ses forces en supprimant la nutrition des parties accessoires et superflues.

Si la vigueur, l'abondance et l'éclat d'une chevelure encadre et rehausse l'aspect florissant d'un visage, les poils tout comme le visage expriment leur souffrance

au cours des maladies et l'on peut dire de l'homme comme de l'animal qu'ils ont le poil malade.

La chute générale ou partielle des cheveux en dehors de l'alopecie congénitale ou sénile existe à titre pathologique : les phlegmasies, les fièvres comme la fièvre typhoïde, les maladies infectieuses en général en sont la preuve. Toutes les maladies débilitantes comme la chlorose ou l'anémie altèrent ou font tomber les cheveux. Il en est de même pour d'autres maladies constitutionnelles telles que l'arthritisme, le diabète, l'obésité, la scrofule.

À titre exceptionnel, et le plus souvent temporaire, les cheveux tombent pendant la grossesse. Certains médicaments peuvent produire une décalvation aussi brusque que complète, ainsi l'acétate de thallium.

Pour mémoire rappelons les modifications du système pileux chez les bacillaires. Enfin, l'alopecie en clarières des syphilitiques. Chez ces derniers l'éclaircissement de la chevelure, l'alopecie sourcilière (Fournier) la chute des cils, des poils de la barbe, donne à la physiologie de l'individu un aspect aussi compromettant pour lui, qu'il est caractéristique pour le médecin.

Combien de syphilitisés ont l'air de porter une mauvaise perruque !

Toutes ces alopecies ont une cause interne, ce sont les seules qui peuvent nous intéresser et lorsque ces alopecies sont généralisées, elles comportent toujours un pronostic sévère, car elles indiquent un état de débilitation profonde.

La chute des cheveux n'est pas le seul méfait que causent les tares et les maladies. Leur couleur peut changer. Et, ce n'est pas seulement pour réparer des ans l'irréparable outrage que l'industrie humaine a inventé en foule des procédés de coloration artificielle. A côté de la calvitie normale il en est d'autres, pathologiques. Le blanchiment précoce des cheveux et de la barbe chez le goutteux, le rhumatisant, le neurasthénique, le dégénéré, l'aliéné, le castrat. Parfois les émotions violents, les chagrins, les deuils provoquent une calvitie accélérée. C'est ainsi que l'infortunée reine Marie-Antoinette avait blanchi presque totalement pendant la nuit qui précéda son supplice. D'autres fois une teinte brun roux colore des cheveux gros et rudes comme chez le myxœdémateux ou bien l'on observe des teintes de cheveux et de cils dissemblables comme chez les tuberculeux. La couleur des cheveux peut encore trahir la profession : chevelure verte des ouvriers travaillant le cuivre, rouge ponceau de ceux qui manipulent la fuschine. Leur éclat peut aussi être modifié : chevelures brillantes et soyeuses des arseniés, chevelures sèches, cassantes, ternes des porteurs de fistule biliaire.

Enfin, dans certains cas la vitalité extraordinaire, l'exubérance, la luxuriance du système pileux frappent l'observateur le moins averti et ce signe associé à d'autres révélés par l'examen du visage complète le facies d'individus atteints d'acromégalie, d'hyperorchidie, d'hirsutisme, d'hypertyroïdisme tout comme la conjonction de sourcils épais et drus est un stigmate d'aliénation mentale pour certains auteurs.

C'est encore, chez un homme jeune, l'indice d'un vieillissement prématuré que l'apparition de vibrisses en bouquets à l'intérieur des narines, la production d'une végétation en touffes derrière le tragus et sur l'échancre de la conque, l'existence de sourcils en broussailles piqués de poils géants et rudes.

Le visage en général

Bien que nous ayons tenté d'exposer les altérations de chaque organe de la face nous voudrions encore compléter ces généralités en indiquant les modifications les plus importantes du visage en général. Modifications de volume. La face tantôt augmente. Grasse, mafflue et rebondie dans l'obésité, telle la belette de La Fontaine. Gonflée vultueuse dans les affections inflammatoires. Grossière, mal équarrie dans l'acromégalie. Lunaire dans le myxœdème. Souflée dans l'anasarque. La face tantôt diminue comme dans toutes les affections qui commandent une dénutrition profonde, une atrophie des muscles : vomissements rebelles, dysenterie aiguë, choléra. Mais le rapetissement de la face dans certaines maladies ne réside pas tout entier dans l'amaigrissement. La douleur produit une rétraction réflexe des muscles, qui, jointe à l'émaciation constitue le facies grippé, le facies péritonéal.

Il est d'autres altérations qui se localisent dans les muscles; elles déterminent des changements souvent

rapides et considérables dans les traits du visage. Jadelot essaya de donner une valeur sémiologique aux divers traits et lignes qui sillonnent la face des enfants qui souffrent. Le trait oculozygomatique indiquerait une affection du système nerveux cérébro-spinal. Le trait naso-commissural signalerait les affections respiratoires. Le trait mento-commissural accompagnerait les maladies abdominales. Ce sont là assertions à démontrer car l'indication que peut donner une ligne unique est susceptible d'être modifiée par une foule de circonstances.

Quoi qu'il en soit la contractilité des muscles a son importance. Elle peut être exaltée, pervertie, diminuée et même abolie.

Convulsions cloniques, convulsions toniques si fréquentes dans l'enfance observées au cours des méningites aiguës et tuberculeuses, à la période initiale de la paralysie infantile, pendant les états méningés qui accompagnent les fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole) au cours d'urémie cérébrale, d'hémorragies, de ramollissements d'abcès cérébraux, à l'occasion d'affection vermineuses et de troubles digestifs.

Chez l'adulte on observe des crises convulsives dans certaines auto-intoxications : éclampsie puerpérale, urémie, diabète, dans certaines hétéro-intoxications, alcool, médicaments (strychine, opium, belladone, ergot) industrielles (plomb) au début d'infections (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, rage, tétanos) au cours d'affections du système nerveux comme celles de l'enfance mais auxquelles nous ajouterons l'épilepsie, l'hystérie.

Choisissons quelques exemples : *l'épileptique*. Au début de l'attaque convulsions toniques : la tête se renverse en arrière la face congestionnée, les yeux convulsés en haut ou par côté, les pupilles dilatées et insensibles à la lumière, les mâchoires serrées, la langue mordue, les lèvres plombées, livides, la respiration suspendue en inspiration. Quelques secondes plus tard, phase, clonique la figure grimace, les yeux saillants roulent dans les orbites, les cheveux se hérissent, les dents grincent, la langue blessée, saigne, de la bouche sort une mousse sanguinolente. La respiration est courte, saccadée, laborieuse. Notons que dans l'épilepsie bravais-jacksonnienne l'aura motrice peut avoir une valeur localisatrice ce qui nous intéresse lorsqu'il s'agit d'un type facial.

Le tétanique. — La figure dans son ensemble acquiert une tension et une roideur remarquables. Le front ridé. Les sourcils, les ailes du nez, les joues, plissés et relevés. Les dents à découvert. Les mâchoires serrées. Les masséters violemment contractés, durs et saillants. Les petits muscles de la face convulsés engendrent le rire sardonique.

On peut rapprocher des convulsions certains mouvements comme les tics, les spasmes (H. Roger). Les tics seront décrits à la maladie des tics. Quant aux spasmes ils dépendent d'une irritation siégeant sur un point quelconque d'un arc réflexe spinal ou bulbospinal tels sont les spasmes fibrillaires, parcellaires, et frémissants du spasme facial.

Il existe encore d'autres désordres moteurs réunis sous le nom de chorée bien qu'ils ne rappellent que de très loin les gestes de la danse. A la face on peut observer des grimaces diverses succédant brusquement à un facies grave, absorbé, une langue exécutant des mouvements de trombone, une mâchoire inférieure se déclenchant des yeux roulants comme ceux d'un pantin, une toux aboyante.

Pour terminer cet exposé nous rappellerons que la physionomie est fréquemment complétée par l'attitude générale. L'existence de gestes harmoniques est flagrante dans nombre de maladies.

Une tête fléchie, un corps qui penche, s'incline en avant, les divers segments d'un corps qui s'affaissent les uns sur les autres à l'image des maisons dont les étages sont en porte à faux, en encorbellement, c'est là une attitude fréquente et spéciale aux maladies utérines.

Dans les affections où la photophobie est un caractère, la tête se penche en avant, le menton s'appuie sur la poitrine. Les sourcils s'abaissent et s'efforcent de rejoindre les joues qui s'élèvent. Et c'est alors une lourde tenture qui recouvre le rideau léger et transparent des paupières. Mais pour que les ténèbres soient plus complètes les avant-bras se croisent au devant des yeux, rideaux de fer impénétrables.

*
*
*

Après avoir tenté la description et l'analyse de quelques éléments originels de l'expression pathologique du

visage, il nous faut maintenant, avec ces mêmes éléments associés en nombre variable, reconstituer le facies tel qu'il se présente dans les maladies des différents appareils. Nous ne nous arrêterons qu'aux physionomies morbides les plus importantes, à celles qui forment un type morbide constant, caractéristique et capable souvent par lui seul, de faire reconnaître la maladie dont il est le reflet.

Pour bien saisir un facies et ne pas l'oublier, il faut avant tout l'avoir vu. Le décrire n'est pas chose facile car un portrait ne se raconte pas. Le pinceau et la photographie rendraient ici plus de services que la plume.

LES FACIES

SEMIOLOGIE RESPIRATOIRE

Les troubles de la respiration se traduisent et se peignent sur la physionomie. L'on pourrait, souscrivant à la thèse de Lagrange diviser ces facies en trois groupes.

Le groupe des affections inflammatoires à marche aiguë. *La pneumonie* en réalise le type. Le visage porte la double empreinte de la turgescence fébrile et de la difficulté respiratoire. La face est colorée, tuméfiée, vultueuse. La joue correspondant au côté atteint est souvent empourprée. Les conjonctives injectées. A ces impressions de couleur s'associe une impression d'expansion, de tiraillement excentrique de tous les traits, caractérisés par la dilatation forcée de la bouche et des narines, les battements convulsifs des ailes du nez, l'agrandissement de l'ouverture des paupières, la saillie apparente du globe oculaire. Ces caractères se retrouvent à des degrés divers dans d'autres maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire telles que les bronchites, les pleurésies.

Le groupe des affections dans lesquelles le symptôme dominant est la dyspnée. Dyspnée qui du reste peut être de plusieurs types : inspiratoire, expiratoire ou mixte. Comme types inspiratoires nous pouvons citer l'œdème

de la glotte, les corps étrangers du larynx, le spasme glottique des nourrissons, la bronchite capillaire, l'œdème du poumon, *le croup*. Nous prendrons cette dernière maladie comme exemple. L'enfant assis sur son séant la tête immobile portée en avant, les muscles du cou tendus sous la peau, le creux sus-sternal et parfois le creux sus-claviculaire se déprimant à chaque effort respiratoire, la bouche entr'ouverte, les yeux fixes et saillants les narines dilatées; l'angoisse et la terreur se peignent sur le visage couvert de sueurs froides et déterminent sur la face une pâleur livide.

Comme exemple de dyspnée expiratrice nous donnerons plus loin l'emphysème et l'asthme. Notons à ce sujet la toux, l'éternuement, les éclats de rire, dyspnées courtes et accidentelles dans lesquelles les paupières se ferment pour soutenir les petits vaisseaux sanguins de l'œil au moment de leur distension ce qui les comprime et explique le larmolement et les **phosphènes**.

Il reste encore les dyspnées mixtes. Ainsi *la coqueluche*. L'expiration et l'inspiration sont gênées. L'on assiste à des secousses expiratoires convulsives, bruyantes se succédant sans que l'enfant reprenne son haleine. Les yeux sont injectés, brillants, ils se gonflent et pleurent. La face se tuméfie, se colore en rouge bleuâtre, les veines sont dilatées, congestionnées et le sang chassé vers la périphérie s'échappe quelquefois par le nez et par les oreilles témoignant de la pression violente que le sang subit dans les capillaires.

Enfin le groupe des affections qui s'accompagnent

d'un affaiblissement graduel d'une sorte de consomption, d'une courbe thermique à grands coups d'archet. Ce seront la tuberculose, la grippe et nous y joindrons une affection respiratoire qui dénoue tragiquement des maladies non mortelles : *la bronchopneumonie*. Corps penché en avant. Epaules soulevées. Bras arc-boutés en arrière. Face livide cyanosée. Yeux effarés et cernés. Nez et lèvres blafards. Physionomie hagarde. Ailes du nez palpitantes. Dyspnée progressive, accélérée, haletante. Expiration courte, inspiration prolongée, rythme interverti et sans pause.

Les tuberculeux

La tuberculose figure dans les livres hippocratiques sous le nom de $\phi\theta\iota\sigma\iota\varsigma$. Si ne n'est pas un tableau complet, c'est du moins une esquisse reconnaissable. Les notions de prédisposition et d'hérédité sont mises en valeur, et pour cette maladie plus que pour toute autre l'examen complémentaire du facies des parents et des collatéraux est vraiment de rigueur.

Sujets dystrophiques, malingres ou infantiles, enfants ou adolescents prédestinés à la tuberculose ce type morbide a été étudié par bien des auteurs anciens et modernes mais à vrai dire le facies type est assez rarement réalisé car les influences héréditaires, climatiques, sociales le modifie. Un prétuberculeux peut être grand ou petit brun ou blond et qui plus est d'apparence robuste et vigoureuse.

Quoi qu'il en soit nous allons essayer de grouper dans un facies certaines caractéristiques prédominantes du pré tuberculeux tout en reconnaissant ce que ce procédé a d'arbitraire et d'artificieux. Puis nous présenterons le tuberculeux chronique. Enfin le tuberculeux cachectique.

Le prédestiné.

Silhouette élégante. Taille élevée. Epaules étroites. Contours indécis. Allure nonchalante et harmonieuse. L'attention est déjà fixée.

Le visage de carnation délicate. La fleur pâle de sa chair est illuminée par des yeux bleus, transparents agrandis par une ombre estompée, cercle bleuâtre comme tracé au khôl. Des cils noirs, pressés longs rasant le bord des paupières et palpitent, ailes inquiètes, au-dessus de la nacre bleue des sclérotiques. Sourcils châtains dessinés finement comme avec un pinceau léger. Veinosités rameuses se détachant sur la blancheur des tempes. Bouche aux lèvres d'un incarnat tendre. Dents d'une exquise blancheur de lait. Abondante chevelure ondoyante et soyeuse aux reflets doux et fauves. Col flexible et long aux formes graciles. De cet ensemble se dégage une impression d'inquiétante beauté, de charme captivant, que la langueur et l'éclat du regard, la grâce du sourire triste, la pâleur nostalgique accentuent.

Le tuberculeux chronique.

Plus tard à la période de germination confirmée l'anémie qui existait depuis les premières atteintes de l'intoxication tuberculeuse s'aggrave. Cette anémie prend assez souvent, surtout chez les jeunes filles, le masque trompeur de la chlorose, mais ce n'est point la pâleur à reflets verts de cette maladie, c'est une jaunueur spéciale du teint que Constantin Paul avait assez pittoresquement appelée jaune de vessie. Les masses musculaires s'amincissent, la graisse fond. La peau du visage devient sèche. A l'occasion du moindre travail de la digestion même, des bouffées congestives incendient la face. Une toux quinteuse, saccadée, coqueluchoïde, nauséuse secoue ou soulève le bas du visage et le cou. Quant à l'expression physionomique elle est variable : inquiète, triste, découragée, mais parfois heureuse. Ce sont des impressionnables, des nerveux, subissant des phases de dépression, d'excitation, d'exaltation de la sensibilité, d'agitation morale, qui habituellement dégénèrent en hypocondrie et mélancolie. Tous caractères que traduisent excellemment les jeux de la physionomie.

Le tuberculeux cachectique

Enfin l'oppression, l'anxiété augmentent. Le cou s'incurve, il est grêle, peu mobile comme rigide. La peau parcheminée est tachetée de roux sauf aux paupières. Le nez pointu, aminci, palpitant. Les pommettes sail-

lantes et empourprées. Les yeux caves, transparents brillants. Au-dessus du front moite et blême les cheveux sont rares, clairsemés, stigmaté dont l'importance pronostique n'avait pas échappé à Hippocrate. Les lèvres tendues sur les dents comme dans le rire. Un aspect rappelant celui des cadavres comme l'écrivit Arétée. Le poison tuberculeux a fait son œuvre, la mort approche. Souvent une bouffissure livide s'empare de la face, phénomène cachectique qui peut être l'indice d'une complication albuminurique. Fréquemment dans les périodes ultimes on voit se développer une éruption de muguet en général annoncée par une coloration rouge écarlate et un aspect poisseux comme vernissé de la muqueuse buccale.

Un matin de printemps ou d'automne, il appelle pour conter quelque rêve d'avenir. Sa voix est faible. Il se tait et poursuit du regard le songe qu'il n'achèvera jamais. Ses prunelles humides étincellent. Une ombre passe. Et, il reste, l'haleine éternellement suspendue.

D'autrefois, il sent la mort prochaine. Il se cabre devant son destin cruel. Se défend, se crispe, se convulse. Le regard se fixe, les mâchoires se serrent et grincent. Un hoquet. — C'est la fin. —

L'emphysémateux.

Arthritique souvent, bacillaire victorieux peut-être, homme de quarante ans ou vieillard, l'emphysémateux se révèle par son habitus extérieur particulier.

Tête droite et relevée, col court et puissamment enraciné dans la coupole thoracique élargie. Il donne l'impression de robustesse. Le relief osseux du thorax supérieur n'existe plus car les muscles respiratoires accessoires augmentés de volume l'estompent et des voussures partielles comblent les creux sus et sous-claviculaires, effacent les espaces intercostaux et font saillie entre le sternum et le mamelon. Déformations bilatérales et symétriques réalisant l'aspect de la poitrine en tonneau, bombée et globuleuse.

Apparence de force trompeuse.

La face est pâle, les lèvres cyanosées, un fin réseau de varicosités se dessine aux pommettes. La parole est brève et entrecoupée.

Il marche... c'est un court d'haleine, il s'essouffle, l'inspiration est courte, limitée, l'expiration est prolongée.

Au moindre effort ces symptômes s'exagèrent; la respiration devient rude et s'entend à distance. Le facies devient anxieux, et il est fréquent alors de voir les lèvres et les pommettes se colorer. Le malade tout entier à l'air anéanti. Il s'affale plutôt qu'il ne s'assied sur une chaise, en attendant la fin de sa crise.

L'asthmatique.

Dé souche neuro-arthritique, fréquemment de classe aisée, le plus souvent c'est un homme, rarement un enfant ou une femme.

Visage gai, teint fleuri, son apparence est bonne.

Mais voilà qu'un soir après s'être endormi paisiblement comme à son ordinaire, en pleine nuit, il s'agite. Il lui semble qu'un génie malfaisant pendant son sommeil l'a étroitement corseté et le serre à la gorge. Il s'éveille, s'assoit sur son lit, cherche l'air et penché en avant, il suffoque. La face est bouffie, livide, les yeux sont saillants et angoissés, le visage est inondé de sueurs.

Puis il lutte contre la suffocation, les narines sont largement dilatées, la bouche convulsivement ouverte.

Et cependant il manque d'air, la dyspnée augmente, il se lève, court à la fenêtre et l'ouvre grande.

Les bras étendus et raidis, les poings crispés ou cramponnés aux objets voisins, la tête enchâssée dans les épaules, le thorax globuleux il met en jeu ses muscles inspireurs accessoires que l'on voit, tendus sous la peau. L'expiration est pénible, lente, prolongée et cependant malgré son apparence asphyxique les mouvements respiratoires ne sont pas accélérés.

Après deux ou trois heures l'angoisse et la gêne respiratoires cèdent : c'est la phase catarrhale.

Accès exceptionnellement solitaire, le plus souvent périodique, alors précocement ou tardivement il changera de pavillon : asthmatique puis bronchitique, emphysémateux enfin asystolique.

L'adénoïdien

Dans les cas d'obstruction passagère et lorsque la respiration buccale n'est pas encore une habitude invétérée les modifications de la physionomie se réduisent à un aplatissement des joues et à un allongement du bas du visage qui prend un air insignifiant et niais contrastant avec la vivacité des yeux et l'expression des parties supérieures de la face; la fermeture de la bouche rend immédiatement au visage son aspect normal. Plus tard, lorsque la béance de la bouche est devenue, par le fait d'une longue accoutumance, une attitude permanente, ces modifications s'accusent.

Le visage est pâle, la bouche toujours entr'ouverte, la lèvre supérieure épaisse et courte, laissant les dents à découvert, la lèvre inférieure pendante, les plis nasolabiaux effacés, les joues aplaties et étirées. Le maxillaire supérieur semble atrophié comme si les antres d'Highmore étaient revenus sur eux-mêmes. Cet affaissement se voit bien si on examine le profil de l'enfant. On constate alors que le maxillaire inférieur n'ayant pas subi d'arrêt dans son développement débordé notablement le supérieur, donnant au petit malade un peu de la conformation du bull-dog. La racine du nez est souvent épaissie, quelques veinules engorgées s'y dessinent et parfois le nez est séparé des paupières par un repli cutané, en croissant, qui tourne sa concavité vers le

globe oculaire. Les téguments de la face sont en général lisses et tendus.

Vient-il à parler, à rire, à pleurer, ses traits se modifient à peine, et, le jeu de sa physionomie reste imparfait; dans l'expression des émotions aussi bien qu'au repos son visage garde un air étonné, hébété, qui rappelle celui de l'idiot. Mais ce n'est là qu'une apparence car il n'est pas démontré que les adénoïdiens soient moins intelligents que les autres enfants.

L'occlusion de la bouche exige de sa part un effort qu'il ne peut, du reste, soutenir que quelques instants, et ce retour momentané à l'attitude normale ne rend guère la vie à sa physionomie éteinte.

Les méfaits de la respiration buccale ne se bornent pas à modifier l'expression du visage; la muqueuse de la langue se dessèche, la bouche est pâteuse, la langue fuligineuse, les dents soumises à des variations de température, se carient. Au reste, elles sont logées à l'étroit sur les arcades dentaires amoindries, aussi, se disposent-elles obliquement et sans ordre. La mastication elle-même est troublée, le malade étant forcé de respirer par la bouche pendant que celle-ci est encombrée d'aliments.

CŒUR. — ARTÈRES. — SANG.

Cardiaques.

La physionomie dans les affections cardiaques varie avec la nature des lésions et avec l'âge de la maladie.

A vrai dire pendant la longue période de compensation leur habitus particulier n'est qu'ébauché, et il ne sera vraiment caractéristique qu'à la période troublée.

L'aortique.

Le malade est pâle, décoloré, le tégument externe est d'un blanc mat et rappelle celui d'un anémique. Les auteurs ont depuis longtemps insisté sur ce symptôme. Lasèque l'appelait le cardiaque blanc par opposition au cardiaque cyanotique qui est le plus souvent un mitral. Pâleur due à la régurgitation diastolique du sang à chaque révolution cardiaque et à laquelle il faut ajouter de véritables bouffées congestives transitoires ainsi que des tendances syncopales qui se lisent aisément sur la face. La dénutrition est presque la règle, le visage est amaigri, et le malade, souvent, est la proie d'un état neurasthénique invincible.

Les mitraux

Si c'est un rétrécissement mitral pur, le sujet est souvent une jeune fille, une jeune femme. La face pâle la physionomie tourmentée, émotive traduit avec vigueur le caractère instable, nerveux et réalise fréquemment le type chlorotique, le type pseudo-tuberculeux.

Si c'est un rétrécissement mitral endocarditique le malade présente un habitus spécial, caractérisé surtout par de la cyanose, de la bouffissure de la face, des lèvres violacées et des varicosités bleuâtres au niveau des pommettes et des ailes du nez. Les jugulaires sont turgescentes, animées de battements. Le visage cyanosé est le siège d'un refroidissement manifeste.

Si c'est une insuffisance mitrale le premier symptôme qui apparaît et qui frappe c'est la dyspnée, dyspnée d'effort, dyspnée de travail qu'accompagnent des battements précipités qui se marquent à la face légèrement congestionnée et souvent somnolente dans la journée. Le caractère se modifie parfois, ce sont des apathiques, des indolents avec des réveils brusques d'impatience d'irritation. Puis les symptômes plus ou moins rapidement s'accusent, relevant de la rétrostase qui se prooût en amont de la valvule mitrale, enfin se précipitent et une physionomie nouvelle s'impose. Face légèrement colorée avec teintes violacées, vineuses, pommettes, ailes du nez cyaniques avec lacis de veinosités bleuâtres

pourtour des oreilles violacé et refroidi. Et sur ce fond cyanique les yeux apparaissent injectés et les conjonctives légèrement subictériques.

L'angineux.

La douleur est le phénomène capital. Elle éclate brusquement. Elle doit être poignante, atroce car l'expression du visage est terriblement angoissée. Physionomie de celui qui se trouve devant un danger imprévu et subit. C'est en quelque sorte une pause de la vie. L'individu s'arrête net. Les yeux fixes, hagards, la main convulsivement portée à la poitrine. Il pâlit. La sueur perle. Anxieux, il attend dans l'immobilité la plus absolue la fin de cette atroce étreinte. Brusquement la douleur cesse. Les traits se détendent. Il respire largement.

L'asystolique.

Facies fréquent que l'on rencontre à la période terminale de nombreuses maladies cardiaques : les mitraux les aortiques mitralisés, les myocardiques, les artérioscléreux. Pulmonaires : les pneumopathies aiguës et chroniques. Il existe également des asystoliques de cause réflexe : hépatiques, gastriques, intestinales, utéro-ovariennes, gibbeuses.

La plupart de ces sujets présentaient déjà un facies parsemé de varicosités, mais alors il devient cyanotique, la face est violacée, les lèvres bleuâtres, les pommettes, le nez fortement cyanosés avec des dilatations variqueuses de distance en distance. Souvent les conjonctives sont le siège d'une teinte subictérique s'étendant parfois à tout le visage.

Plus tard, la face est bouffie, les tissus pâlisent et prennent une coloration de cire sale, avec des tons plus foncés, livides de place en place. Les joues sont tuméfiées et tremblotantes, les paupières tombantes et gonflées par l'œdème, les yeux saillants, refoulés et projetés par l'infiltration du tissu adipeux orbitaire, le regard sans éclat.

Puis l'œdème, marée montante, envahit progressivement la face tout entière, tend la peau et la déchire. La sérosité s'écoule. Les petites plaies constamment baignées s'ulcèrent, s'enflamment, un érythème se produit ou symptôme plus grave un érysipèle surgit.

Le cœur se défend de moins en moins, il lâche, la valvule tricuspide est insuffisante, le sang reflue dans les jugulaires turgescentes et flexueuses, soulevées par des ondulations rythmées, et l'on voit à chaque battement, un remous systolique se dessiner aux veines du cou.

Enfin la dyspnée vient joindre son cachet spécial à ce facies qui est alors pathognomonique : dyspnée d'effort, puis dyspnée continue, dyspnée pseudo-asthmatique. C'est le cri d'alarme du myocarde défaillant. Le malade assis sur son lit, soutenu par des oreillers, immo-

bile, ne dort plus, ne prend plus autre chose que des liquides, il est anhélant, oppressé, et souvent il meurt sans avoir perdu l'espoir de vivre.

Quelquefois chez les malades, atteints d'asystolie à répétition, on note une sorte de masque pigmentaire prédominant au front et aux tempes, comparable au masque gravidique. Chez d'autres on remarque un masque brunâtre pseudo-addisonien.

L'étude de ce facies est d'autant plus intéressante que la teinte de l'asystolique est bien apparente à la figure et aux lèvres à une époque où on ne la retrouve ni à la poitrine ni aux bras.

L'artérioscléreux.

Parfois, rien dans l'aspect extérieur ne dénote l'adulteration du système artériel. Souvent les malades présentent les attributs d'une sénilité plus ou moins précoce. Le teint est pâle, terne, grisâtre. La peau est ridée et amincie. Le regard a perdu de sa vivacité. L'amaigrissement est plus ou moins marqué.

Dans d'autres cas, au contraire, les malades sont obèses. Le cou est large et court. Le teint est rouge, sanguin. La face haute en couleur se congestionne encore davantage sous l'influence de la marche des efforts ou à la digestion. Ce sont des artérioscléreux pléthoriques, qui souvent sont en même temps des arthritiques et des gouteux.

L'inspection permet de discerner chez certains artérioscléreux des artères qui normalement sont invisibles. On voit se dessiner, au niveau des tempes, des artères temporales sinueuses et saillantes. Les artères faciales battent dans certains cas d'une façon apparente sous la peau.

Souvent ils sont dyspnéiques; qu'elle soit d'origine dyscrasique, d'effort ou mécanique, elle peut devenir extrême et s'accompagner de cyanose.

Les types se modifient, les altérations rénales par exemple, impriment un cachet particulier à la riche symptomatologie de l'artériosclérose. C'est un facies urémique.

D'autre part le défaut d'irrigation des centres nerveux provoque des troubles de la parole, les facultés intellectuelles et psychiques s'amoindrissent, la mémoire des événements récents s'affaiblit; le malade s'intéresse moins aux choses et aux personnes. La déchéance s'accuse ensuite : on peut voir survenir du rire et du pleurer spasmodique. Il arrive parfois que la physionomie exprime à l'état permanent la colère.

L'anémie pernicieuse progressive

Consécutives au surmenage psychique ou physique, à des causes morales telles que la misère et les chagrins, à de petites hémorragies et à des grossesses répétées.

Le plus souvent le début est insidieux. Peu à peu la maladie s'affirme. La pâleur de la face attire l'attention. C'est une pâleur de cire ou de cadavre bien distincte de la teinte jaune paille du cancer ou de la teinte de la chlorose. Sur cette pâleur tranche à peine une légère coloration rosée des muqueuses des gencives, de la langue, des conjonctives.

Quelquefois les téguments présentent une teinte grisâtre ou brunâtre, et les sclérotiques une teinte subictérique. Les sécrétions cutanées sont diminuées, la peau sèche à la vue et au toucher a de la tendance à desquamier. Les cheveux sont rares et cassants et tombent parfois rapidement.

Chose singulière, l'amaigrissement est loin d'avoir l'importance qu'on s'attend à constater. Certes il est parfois considérable mais il est souvent aussi très peu accusé.

L'œdème est fréquent. On le trouve au niveau des paupières et de la conjonctive même dès le début; variable, léger à la première période de la maladie, il devient permanent et plus intense par la suite.

Les hémorragies cutanées sont précoces, et si elles apparaissent de bonne heure aux membres inférieurs on les rencontre également petites ou grandes sur la muqueuse de la langue, des joues et des conjonctives. Epistaxis, gingivorragies accompagnent quelquefois les taches purpuriques des téguments.

Les carotides sont animées de battements. La jugulaire est le siège d'un pouls veineux vrai ou faux.

La chlorotique.

Le début est brusque rapide ou lent. Insensiblement on voit le pourtour des lèvres et le front pâlir. A mesure que croît l'anémie, l'alanguissement général et l'irritabilité nerveuse s'accroissent. L'aspect de la chlorose confirmée est tellement frappant qu'il n'avait point échappé à l'observation des médecins de l'antiquité. « *χλωρα χρωματα* » disait Hippocrate. Pâles couleurs disait Ambroise Paré et tous deux exprimaient également bien la teinte à la fois pâle et verte qui donne à cette anémie un cachet spécial qu'on a comparé à la cire vieillée. Peu à peu la rougeur des muqueuses s'efface, les lèvres, les conjonctives se distinguent à peine des téguments, les oreilles deviennent diaphanes.

Le pâle visage de la chlorotique prend une expression de langueur et de tristesse toute particulière, les yeux sont cernés et sans éclat, les paupières un peu gonflées, les traits amollis et mal dessinés (Hayem).

Quelquefois ce masque fait de blanc et de jaune verdâtre est animé par des yeux brillants « des yeux de poupée » (Peter) qui se voilent par instants, ou, par la carnation des joues trop souvent fugitive, parfois persistante comme dans les cas désignés pour cette raison du nom de *chlorosis fortiorum seu florida*.

La bouffissure des paupières contribue fréquemment à donner au facies chlorotique son expression saisissante. Cet œdème mobile, variable, élastique qui ne garde pas

l'empreinte du doigt se distingue aisément de l'œdème cachectique ou mécanique.

Des rougeurs émotives, des battements artériels au cou. Les jugulaires un peu gonflées. De la stase intermittente. Un corps thyroïde plus ou moins hypertrophié. Voilà ce qui complète fréquemment le tableau.

LES ABDOMINAUX.

L'expression de la face reflète avec intensité les affections chroniques ou aiguës des organes abdominaux.

Mais alors que dans les maladies aiguës la douleur physique torture le visage, dans les maladies chroniques c'est la douleur morale qui contracte la physionomie, l'assombrit et lui donne un air inquiet, humble, suppliant, craintif.

Le facies ovarien. Ainsi les femmes souffrant d'affections utéro-ovariennes sont un vivant exemple de l'influence du moral sur les traits. Sur leur physionomie on lit un état neurasthénique particulier trahissant une dépression excessive du système nerveux. L'air triste et souffreteux du visage, la teinte terreuse de la face, le cercle bistré encadrant les yeux, le plissement intersourcilier, le froncement sourcilier, la contraction du petit zygomatique qui attire la lèvre en dehors, creuse le sillon labio-nasal, refoule la pommette, traduisent et

caractérisent l'hypocondrie, fidèle compagne de telles affections. Mais il est d'autres maladies abdominales qui provoquent des perturbations de l'équilibre mental.

Le gastrique, cet être si souvent morose, découragé, qui somnole, baille et rumine. Son œil est terne et enfoncé. Ses pommettes saillantes et empourprées et souvent une toux gastrique, une légère dyspnée ou des accès d'oppression complètent le tableau. A côté de ces deux maladies chroniques nous citerons une maladie aiguë à point de départ abdominal mais se compliquant de phénomènes généraux et d'adynamie.

La fièvre typhoïde. Son caractère dominant c'est l'immobilité de la figure, les muscles de la face sont relâchés, les traits inertes et affaîssés. Indifférent, étonné, hébété, sa physionomie est plus ou moins frappée de stupeur. Dans les cas graves, les yeux demi-fermés, voilés par les paupières, les conjonctives injectées, chassieuses, les pupilles dilatées, les narines pulvérulentes, la face amaigrie, terreuse, marbrée de plaques rouges ou bleuâtres, la bouche le plus souvent ouverte, la mâchoire pendante.

Hâtons-nous de répéter que dans les maladies *aiguës* l'expression de la face est celle de la douleur physique. La péritonite, l'obstruction intestinale, les coliques hépatiques ou néphrétiques, la dysenterie ce sont là exemples de facies grippés, types de douleur physique. Nous n'insisterons pas sur les modalités et les transformations de ce facies que nous allons tenter d'exposer sous l'étiquette de cholérique et de grand blessé de guerre

Le cholérique

Le facies des cholériques algiques est vraiment caractéristique. Les malades épuisés, anéantis restent couchés sur le dos, les membres étendus, immobiles. L'œil enfoncé dans l'orbite par suite de l'affaissement du coussin cellulo-graisseux, n'est qu'incomplètement recouvert par les paupières dont l'orbiculaire est paralysé (Graefe), des taches noirâtres, d'un bleu sale, apparaissent à la surface des sclérotiques ou bien les yeux rougissent par le développement d'une kératite.

La cyanose des paupières dessine profondément le contour osseux de l'orbite, le nez est effilé, les saillies cartilagineuses apparaissent à travers la peau desséchée, les lèvres sont amincies, collées sur les dents ou entr'ouvertes, violettes, bleuâtres. Les tempes et les joues se creusent : une pâleur livide ou une teinte bistrée, noirâtre donnent aux traits de ce tableau une apparence aussi caractérisée qu'effrayante, et lorsque par les progrès du mal, la conjonctive congestionnée purulente, la cornée plissée, desséchée, comme sur un cadavre, ont fait perdre au regard toute son expression, quand cet œil flétri, enfoncé dans l'orbite apparaît entre les paupières à demi-closes, il est permis de dire que la mort frappe d'avance les malades de son empreinte (Laveran).

A côté du choléra cyanique ou bleu, forme ordinaire, il est des cas, rares, où le malade algide reste pâle. C'est le choléra blême décrit par Giraud.

En général, la peau présente un autre caractère bien spécial; elle est affaissée, flétrie, ridée, tannée rappelant comme l'écrivit Griesinger la pellicule d'un fruit gâté.

En un mot la peau se cadavérise.

La peau se couvre enfin d'une sueur froide, visqueuse, collante et donne ainsi la sensation d'une peau de batracien. La sueur en se desséchant peut quelquefois laisser un dépôt pulvérulent d'urée.

La dyspnée est un des traits caractéristiques de la période algide, et souvent elle mesure la gravité du cas. La respiration est entrecoupée par de profonds soupirs. Leur haleine est froide.

L'affaissement des malades va croissant jusqu'au coma dans les cas mortels : l'intelligence d'abord nette devient paresseuse, et le malade finit, au degré ultime du stade algide, par tomber dans la torpeur complète physique et morale.

Dès le début de l'attaque et à plus forte raison en pleine algidité l'amaigrissement du cholérique paraît considérable : ces yeux enfoncés dans l'orbite, ce cercle péripalpébral, ce nez aminci, cette peau qui semble collée aux muscles, tout parle en faveur d'une fonte rapide.

*Noyon, le 28 mars 1918.
Au 201^e régiment d'infanterie.*

*Au général Grégoire.
Au Colonel Mougin,
Au Commandant Daillencourt.
Au Médecin-Major Bonjean.
A l'abbé Hiénart.*

Un blessé de guerre

(facès péritonéal)

Avant que l'aube n'apparaisse, la plaine tout entière s'éveille et vibre. L'air frémit sans relâche, et l'on croirait entendre le bourdonnement grave de milliers d'ailes, puis le sifflement aigu et saccadé du vent, dans les sapins, pendant les nuits d'orage.

C'est l'heure. Ils partent à l'assaut — quand même. — Ils s'élancent. Ils bondissent et les balles meurtrières en déchirant l'air creusent de sanglants sillons, moissonnent des héros.

.
D'un coup, qu'il sent à peine, une balle le frappe au ventre. Cependant il tressaille, il hésite, chancelle et tombe. Une langue étrange une faiblesse extrême le surprennent, et, dans un vertige agréable, sans effort, il défaille.

La face pâlit. Le nez se pince et s'effile. Le regard est vague. Les traits se décomposent. Les muscles du visage se relâchent. La peau se couvre d'une sueur froide. La respiration est suspendue. Il perd connaissance.

Pris du même sommeil, d'autres gisent sur la plaine. Mais lui, s'éveille. La respiration reprend doucement, les yeux se rouvrent à la lumière. Le regard brille. Il se souvient... Il se traîne en saignant par sa plaie immortelle. Il gémit doucement. Puis, il s'immobilise, car il sent que le coup l'a frappé aux entrailles. Dans un éclair, il revoit les batailles cruelles, et les compagnons d'armes au flanc déchiqueté... Tous sont morts... Dans un éclair il revoit son enfance, il songe à sa mère éplorée qu'il ne doit plus revoir, il songe qu'il va mourir.

Le visage est anxieux, contracté, il semble qu'il ait diminué. Et souvent l'on croirait voir quelque miniature aux traits délicats et fins, comme ciselés dans l'ivoire. Mais surtout il est pâle, et la pâleur rend plus effroyable encore la face exsangue au nez pointu. Le front est moite et blême. Les yeux, enfoncés dans l'orbite, sont cernés d'ombre. Les joues se creusent. Les lèvres sont décolorées et sèches. La respiration est ralentie, douloureuse.

Alors ce blessé que la mort n'a frappé qu'à demi, on l'emporte. — L'espoir renaît, mais le moindre heurt exaspère sa souffrance. Il supplie. Il ordonne. Il crie à la pensée des douleurs atroces auxquelles chaque mouvement l'expose. Une soif ardente le brûle et le serre à la gorge... Un sifflement bref... Brusquement il se sent jeté à terre... Un éclatement sec. La terre qui tremble. C'est la nuit. C'est la fumée âcre qui emprisonne... Il demande à boire et supplie qu'on le laisse, là, s'endormir du sommeil de la terre. Il appelle, la mort...

Le poste de secours. Il interroge du regard. Le pieux mensonge ranime son désir de la vie. Une rougeur errante illumine l'ivoire de son front. Il se calme. Accalmie heureuse pendant laquelle l'espoir de vivre dompte l'anxiété physique. Les traits se détendent. Son regard tantôt s'attriste, il pense aux camarades infortunés, laissés sur le champ de bataille, tantôt brille, il se rappelle le mitrailleur ennemi que jadis il a surpris et dont il a fracassé le crâne.

Il s'assoupit. Et, très doucement on l'emporte.

.
Il se réveille, quand éclatent brusquement les accidents formidables de la péritonite suraiguë.

La figure est effrayante à voir. L'on dirait celle d'un vieillard, des rides la sillonnent. La bouche s'encadre de plis verticaux, et dans son ensemble la physionomie exprime une douloureuse amertume.

Par moments, le hoquet, le vomissement convulsent la face et la bleussent.

La langue est sèche, rouge, fendillée. Les dents fuligineuses. La voix éteinte. Le diaphragme se bloque; la respiration est superficielle, il se cyanose.

L'intelligence rayonne encore, lucide, jusqu'à la fin et la gravité de son mal ne lui échappe pas.

Il meurt pour la France en laissant, bien souvent, son nom sans auréole.

*Et qu'importe s'il croit ce que disaient nos pères
Que lorsqu'on meurt si jeune on est aimé des Dieux !*

TROUBLES DE LA NUTRITION

L'obèse

Personnifié par Silène, dieu de la table et de la goinfrerie. Hippocrate et Galien disent que la vie de l'obèse est brève. Arthritique, héréditaire, l'obésité débute à tout âge mais particulièrement entre 20 et 25 ans. Elle surprend la femme pendant une grossesse. Elle s'attaque à un sédentaire; préfère un charcutier, un boucher.

Ses causes sont multiples : alimentaires, digestives, pulmonaires, vasculaires, glandulaires, toxiques, infectieuses.

Elle revêt deux types : l'obèse pléthorique; l'obèse atonique.

L'obèse pléthorique a le teint coloré, le facies lunaire, le cou court et fort, le thorax bombé, des vergetures marquent la peau en différents points. A un examen superficiel, il a tous les attributs d'un sujet bien portant, il respire la santé. Et cependant si on examine ses différents appareils on va déceler chez lui une foule de troubles morbides.

Pour apprécier l'infiltration graisseuse superficielle,

on remarque l'épaisseur de la zone et de la boule graisseuse de Bichat, le double menton, le bourrelet de la nuque.

Au moindre effort il s'essouffle et son cœur palpite. au moindre choc, purpura, ecchymoses sous-cutanées et souvent hémorragies nasales.

L'obèse floride a souvent un caractère vif, enjoué; mais après les repas fréquemment il somnole. La peau du visage est pâle, recouverte d'un enduit de graisse. La sudation est très marquée. Parfois la peau du visage est atteinte d'acné, d'eczéma. Presque toujours la séborrhée grasse provoque une calvitie précoce.

Une graisse envahissante noie le cou, la face, se généralise mais en respectant les paupières. Plus tard, surchargeant le cœur, elle déterminera des troubles qui modifieront encore la physionomie et conduiront au facies de l'asystolique.

L'obèse atonique, lui, n'a pas les apparences de la santé. Son teint est pâle, sa face bouffie, ses lèvres cyanosées, ses chairs sont molles. Le sujet est apathique, somnolent, mélancolique.

Les gouteux

L'homme pris par la patte, le gouteux paraît avoir existé de tous les temps. Chez les Grecs sa fréquence est notée dans les livres hippocratiques. Ovide, Sénèque, Pline, le dépeignent chez les Romains. Lucien dans ses

dialogues donne des descriptions satiriques et parfois très exactes des malheurs du gouteux. Cœlius Aurelianus au ^{vi}^e siècle les décrit avec précision et au ^{xviii}^e siècle Sydenham, gouteux lui-même, nous offre sa merveilleuse description clinique.

Le gouteux, souvent c'est un bourgeois, ami des plaisirs et de la bonne chère, ennemi des exercices physiques, et, qui hérita de son père de ducats et de goutte, car, comme l'écrivit La Fontaine, chez le pauvre, la goutte bien tracassée est, dit-on, à demi pansée : c'est pourquoi la goutte va tout droit se loger chez un prélat qu'elle condamne à jamais du lit ne bouger.

L'accès impose à la physionomie un manque de souffrance intense, un visage de torture, un visage d'inquisition qu'expriment la mimique et la parole. *Morsum canis rodentis*.

Mais les accès se répétant laissent des stigmates, de petites tumeurs de la grosseur d'un pois ou d'une noisette s'installent aux oreilles, sur le bord libre de l'hélix ou la rainure intermédiaire entre l'hélix et l'anthélix quelquefois sur les paupières. Des poussées de conjonctivite catarrhale, des blépharites si fréquentes chez les vieux gouteux, de l'iritis apparaissent.

La peau du visage s'altère. Des dermatoses alternent ou concordent avec les accès. Des eczéma mobiles, symétriques, prurigineux s'attaquent à l'oreille externe, à son pavillon, à la face, au front, à la nuque. Quelquefois de l'herpès surgit au niveau des lèvres. Et, très

souvent les cheveux tombent, laissant une alopécie en fer à cheval ou en plaque.

Il arrive que la goutte aboutisse à un état de mal permanent qui détermine une anémie progressive, une sorte de déchéance totale de l'organisme, une véritable cachexie. La physionomie exprime une sensation de fatigue, de lassitude générale, une tendance invincible à la mélancolie. La peau prend une teinte terreuse, quelquefois bistrée : les cheveux et la barbe blanchissent rapidement, les téguments se boursoufflent.

TROUBLES DE LA SÉCRÉTION INTERNE.

Le corps pituitaire, le thymus, les surrénales, la glande thyroïde, les testicules, les ovaires, le pancréas, le foie, les reins jouent un rôle considérable en physiologie. Ils provoquent des troubles de la sécrétion interne et imposent souvent un facies caractéristique. Nous avons l'intention de n'exposer que les maladies vraiment endocriniennes mais avant de les présenter nous rappellerons brièvement les modifications physionomiques ressortissant à l'absence ou aux perturbations de la sécrétion des glandes sexuelles.

Les castrats.— Petits géants à l'aspect vieillot, à la peau flétrie et ridée avant l'âge (la sénilité ne serait-elle pas due à l'état des organes génitaux ?) La face glabre, la chevelure, les sourcils et les cils conservés, mais blanchissant de bonne heure. Les chairs molles, pâles flaccides. Le cou rond, lisse comme celui d'une femme. Les épaules tombantes. La peau blanche douce au toucher. La voix enfantine ou féminine. Bref la morphologie du castrat tend vers le type féminin plus ou moins prononcé suivant l'âge auquel la castration a été faite.

Quant à l'hyperorchidie elle accentue les caractéristiques mâles. Les yeux brillent. Les narines sont ouvertes. Les lèvres charnues, épaisses, sanguines. Le cou court, le dos large. Le système pileux abondant.

L'ovariotomisée présente des accidents analogues à ceux de la ménopause. La face se congestionne brusquement puis devient pâle et se couvre de sueurs. Elle prend ainsi que le cou les caractères de l'obésité. La physiologie exprime souvent l'irritabilité, la tristesse, la neurasthénie, la mélancolie. Les traits dans leur ensemble tendent vers le type masculin. Des poils apparaissent sur la lèvre supérieure et sous le menton. La voix devient gravée, prend un timbre viril.

L'hyperovarie donnerait également d'après Dalché un habitus extérieur assez caractéristique. Le teint pâle, les yeux étincelants, les traits expressifs et mobiles.

L'acromégalique

Maladie de Pierre Marie

Le facies de l'acromégalique est si caractéristique qu'il impose à première vue le diagnostic de l'affection.

Le crâne est peu atteint, les déformations portent presque exclusivement sur la face. Dans son ensemble la face est accrue surtout dans le sens vertical, elle prend la configuration d'un ovale allongé avec une tendance

à devenir légèrement concave en avant et de haut en bas. Nous n'aurons donc pas l'aspect triangulaire à base supérieure de la maladie de Paget ni l'aspect de pleine lune du myxœdémateux.

Presque toujours le front de l'acromégalique est bas, fuyant, d'autant plus fuyant que sa ligne est écourtée par le contrefort d'énormes saillies orbitaires. Les paupières allongées, plus épaisses qu'à l'état normal, de coloration généralement brunâtre, réduisent les dimensions de la fente palpébrale et font apparaître les yeux petits et disproportionnés à la grosseur des orbites. Parfois on note un léger degré d'exophtalmie. Souvent les régions temporales déprimées comme laminées donnent à l'ensemble du visage une apparence bestiale.

Le nez aplati, étalé, camard avec une cloison et des ailes volumineuses, des narines épaisses ressemble à certains nez de carnaval. Les pommettes soulevées par le développement des sinus maxillaires forment avec les arcades sourcilières épaissies les berges élevées de cratères periorbitaires.

Les lèvres sont devenues plus grosses mais d'une façon inégale. La lèvre supérieure est peu hypertrophiée alors que l'inférieure proéminente, éversée est pendante comme une véritable lippe. Souvent l'orifice buccal béant permet de voir une langue volumineuse quoique de forme normale.

Enfin la dimension insolite de la mâchoire inférieure est un des caractères qui frappe le plus. Monstrueusement hypertrophiée dans un mouvement d'ensemble elle se

lance en avant, bouleversant l'articulation normale des dents, inscrivant l'arcade dentaire supérieure dans l'arcade inférieure. Le visage se termine par un menton élargi, carré très saillant.

Visage étrange, supporté par un cou gros et court qui laisse la tête s'enclaver entre une cyphose cervicodorsale et un sternum dont les premiers éléments bombent en cuirasse. Il ressemble à Polichinelle. Des poils abondants, touffus, des oreilles volumineuses, une peau d'un gris sale, criblée de glandes sébacées saillantes; telle est dans son ensemble la physionomie de l'acromégalique.

Aussi ne faut-il pas s'étonner de lire dans son regard toute l'amertume de sa disgrâce et s'il perd courage les reflets d'un désespoir qui le conduit au suicide.

Maladie d'Addison

La maladie d'Addison ou maladie bronzée est une cachexie particulière caractérisée par une coloration spéciale de la peau ainsi que par des troubles gastriques, une asthénie progressive et des douleurs lombo-abdominales.

Avant l'apparition de la mélanodermie l'affection n'est le plus souvent que soupçonnée et c'est pourquoi il est intéressant de dépister par l'examen attentif du visage les modifications les plus légères de coloration et d'expression.

Lorsque la mélanodermie est généralisée, uniforme, elle se présente sous forme de petites ponctuations plus foncées en certaines régions, la teinte est brun foncé ou sépia, le malade a l'aspect d'un mulâtre; la face comme toutes les parties exposées à la lumière, a l'air plus foncée encore que les autres régions. Les muqueuses ne sont pas indemnes, les lèvres, les joues, la langue, la voûte palatine peuvent être affectées rappelant l'aspect que présentent certaines races de chiens. Parfois les conjonctives ont un reflet violet, bleuâtre. Enfin, les annexes épidermiques subissent aussi l'altération pigmentaire : les cheveux de blonds deviennent châains, de bruns presque noirs.

L'asthénie, l'affaiblissement sont progressifs et se lisent sur le visage. La mélanodermie s'accroît particulièrement à la face, à la racine du nez, aux joues et le malade s'achemine fatalement vers la période de cachexie finale. Son état devient des plus misérables. L'amaigrissement s'accroît, l'anémie est extrême, enfin le malade tombe dans le coma, à moins qu'une syncope mortelle n'interrompe brusquement le cours de la maladie.

Le goitre exophtalmique

Les signes capitaux de cette maladie sont le goitre, la tachycardie, l'exophtalmie et le tremblement, mais nous chercherons parmi ces symptômes comme pour les

autres maladies quels sont ceux qui se manifestent à la simple inspection de la face et du cou.

Le goitre quand il est petit demande à être recherché; d'autrefois il atteint un volume considérable. La saillie est régulière, le plus souvent bilatérale, elle donne l'impression d'un élargissement de la base du cou plutôt que d'une tumeur vraie. Il n'est point rare de voir ramper à la surface du goitre des veines dilatées et proéminentes, il n'est pas rare non plus de les voir animées d'un mouvement d'expansion à chaque systole cardiaque. Pour peu que cette tumeur soit volumineuse, elle provoque de la gêne de la respiration, de la faiblesse et de la raucité de la voix; enfin elle est l'origine d'accès de suffocation avec angoisse et sensation de constriction à la base du cou.

Parmi les symptômes vasculaires nous ne relèverons que la turgescence des veines jugulaires, saillantes, gonflées, et les troubles de vaso-constriction si fréquents que traduisent des bouffées congestives à la face.

Quant à l'exophtalmie, elle apparaît soit brusquement soit progressivement. En tous cas les globes oculaires deviennent de plus en plus saillants. Il en résulte un aspect spécial de la physionomie qui rappelle celui des individus en proie à une colère violente. Le regard est étrangement fixe et brillant donnant au malade un facies tragique. L'exophtalmie est bilatérale et symétrique mais il n'est pas rare qu'un œil soit plus saillant que l'autre. La protusion du globe oculaire s'accompagne de

troubles fonctionnels parmi lesquels l'un des principaux est le larmoiement.

On peut également remarquer un défaut de synergie entre les mouvements du globe oculaire et les mouvements de la paupière supérieure. Un certain degré de lagophthalmos et de la diminution du clignotement des paupières. Enfin, d'autres signes peuvent être observés tels que : le tremblement des paupières, un faux œdème palpébral très persistant, de l'ophtalmoplégie externe, quelquefois des mouvements choréiformes de la face.

Nous ne saurions oublier les troubles psychiques si caractéristiques de cette maladie et que traduisent excellemment les jeux de physionomie. Instabilité mentale, irritabilité spéciale. Face triste, incapable de refléter aucune émotion agréable. Expressions maussades, impatientes, irrésolues, indifférentes. Les troubles mentaux peuvent d'ailleurs être plus accusés et présenter le tableau de la folie, du délire chronique, de la mélancolie.

Ajoutons encore comme signes accessoires des troubles cutanés trophiques et vasomoteurs : la peau du visage perd sa teinte normale, devient grasseuse à la vue, au toucher, la coloration peut devenir bronzée comme dans la maladie d'Addison ; du vitiligo, du xanthélasma, de la sclérodermie, de la leucoplasie linguale peuvent apparaître. Le système pileux lui aussi peut être le siège de troubles trophiques : alopécie, pseudopelade, décoloration et chute des cils et des cheveux.

Les myxœdémateux

Le myxœdème est un trouble général de l'économie, lié à l'absence du développement, à l'atrophie ou à l'ablation du corps thyroïde. Nous décrirons séparément le facies dans le myxœdème infantile, le myxœdème spontané des adultes, le myxœdème opératoire.

Le myxœdème infantile

Sur un corps petit, véritable corps d'enfant, le volume de la tête contraste étrangement. Le crâne volumineux en arrière est retréci en avant. Le front est étroit et bas et déprimé latéralement. Les paupières sont bouffies pâles, masquant plus ou moins complètement le globe oculaire; leur bord libre est rouge comme tracé au pinceau par la main d'un clown. Le nez est camus. Les joues sont gonflées, pendantes. La bouche large, entr'ouverte, bordée de lèvres bleuâtres, proéminantes et souvent renversées, elle laisse en permanence s'échapper une salive visqueuse. La langue volumineuse fait issue hors de la bouche accusant encore l'aspect hideux d'un pareil visage. Les dents irrégulièrement plantées souvent cariées. Le menton petit parfois comme écrasé. Les oreilles épaissies.

Tout le visage est d'une pâleur cireuse et blafarde quelquefois parsemé de taches de lentigo. Il ne présente même pas la plaque rouge des joues que l'on observe chez les adultes myxœdémateux. Les cheveux sont gros, rudes ressemblant à des crins de couleur brune ou blond roux; ils sont d'ordinaire abondants, sauf en avant et au-dessus des tempes. Le cuir chevelu est fréquemment le siège d'une éruption eczémateuse. Plus tard la barbe fera défaut.

Le cou gros et court présente aux creux sus-claviculaires des masses pseudolipomateuses mal délimitées

Bien que l'apparence hébétée de leur facies les ait fait ranger dans la classe des idiots, ils ne grimacent pas n'ont pas de tics, ne poussent pas de cris et sont en général d'un caractère doux. C'est le portrait du classique myxœdémateux que l'on appelait le pacha de Bicêtre.

Le myxœdème des adultes

Le plus souvent une femme et plus exactement une femme ayant dépassé la quarantaine.

Son facies ? Gull l'a caractérisé en le comparant à une pleine lune. Mais, lune aux contours indécis et brouillés, telle qu'on la voit pendant les nuits où l'atmosphère est chargée de vapeurs légères. Car vraiment chez le myxœdémateux ce qui frappe tout d'abord c'est l'infiltration diffuse et l'empâtement des téguments.

Les paupières bouffies et tuméfiées recouvrent les globes oculaires ne laissant entre elles qu'une mince ouverture, rails brillants au niveau desquels on voit circuler lentement les prunelles. Le nez est élargi, les lèvres épaissies et renversées, les joues comme soufflées et tremblotantes. Le front et les oreilles plissés. Dans son ensemble la face est large et arrondie, son diamètre transversal est accru. Cette infiltration du visage rappelle celle de l'œdème mais elle est résistante, élastique et ne garde pas l'empreinte du doigt. Elle en diffère encore par sa coloration. Les téguments ne sont pas blancs comme chez les brightiques mais d'un blanc jaunâtre presque cireux. Sur cette teinte générale contrastent les lèvres et l'extrémité du nez cyanotiques et surtout les joues qui sont comme fardées de rouge à leur partie centrale et rappellent la plaque vermillon des poupées de porcelaine.

Sauf des changements, bien légers en vérité, dans la coloration de cette plaque sous l'influence des émotions, le visage des myxœdémateux est d'une impassibilité frappante et grotesque; leurs traits sont comme figés. La colère si fréquente chez eux ne parvient même pas à troubler l'immobilité de ce masque.

Les poils deviennent rares, cassants et fragiles. Chez l'homme la barbe tombe presque entièrement, les cheveux sont clairsemés. La muqueuse buccale est pâle, les gencives sont boursoufflées. Les dents ébranlées tombent facilement.

Le myxœdème opératoire

Deux ou trois mois après la thyroïdectomie, l'opéré éprouve une sensation de lassitude et de faiblesse générale. Bientôt les accidents se précisent, le gonflement de la peau apparaît en différentes régions procédant par poussées et s'accompagnant d'une dyspnée intense.

L'infiltration est surtout accusée au niveau des paupières. La paupière inférieure, principalement envahie, prend l'aspect d'une vessie demi-transparente mais translucide. Le reste de la face est bientôt atteint, les plis de la peau s'effacent, les traits sont plus épais, le nez se tuméfie, les lèvres sont gonflées, renversées en dehors, et laissent écouler la salive. Les yeux sont rapetissés, le masque facial est immobile.

Arrivé à la période d'état, le myxœdème opératoire ne diffère en rien du myxœdème spontané.

LES INTOXIKUÉS

L'alcoolique

Physionomie de tous les temps et de tous les jours, malgré les écrivains, les poètes qui signalèrent les inconvénients de l'ivresse, malgré Lycurgue qui, au dire de Plutarque, faisait enivrer les Ilotes pour inspirer aux citoyens le dégoût de l'ivresse, malgré Dracon qui punissait de mort les ivrognes, malgré les moralistes, les législateurs du moyen âge, il s'en faut bien que les hommes suivent les conseils qu'Etienne Dolet donnait aux écoliers d'Orléans :

*Laissez à part vos vineuses taverne,
Museaux ardents de rouge enlumines.*

Au commencement de l'intoxication alcoolique, les yeux brillent, la physionomie est expressive, resplendissante, la sensibilité exaltée, une gaieté naturelle éclate. Mais au sentiment de vertige agréable succède bientôt de la céphalée et de la lourdeur de tête.

L'expression du visage découvre sans dissimulation ses mœurs et son caractère. *In vino veritas.*

La respiration d'autre part s'accélère. Une sensation

de gêne et de constriction thoracique est ressentie. Puis la respiration s'embarrasse, se ralentit, devient stertoreuse. Les veines du cou gonflent, la face devient bouffie, violacée, les artères du cou battent avec violence.

L'alcoolisme aigu revêt des physionomies particulières, celle de l'ivresse apoplectique qui se manifeste sous la forme d'un état comateux dans lequel le buveur se met à dormir, à ronfler à tel point que sans l'odeur qu'il exhale on pourrait croire à une apoplexie sanguine. L'œil est vitreux et atone. La mort termine quelquefois la crise. Ou bien une autre forme celle de l'ivresse convulsive dont le meilleur exemple est celui de l'absinthisme aigu.

L'alcoolique chronique

Si nous prenons comme exemple le buveur de vin nous remarquerons qu'il offre tout d'abord un léger embonpoint, le regard vif et animé, la face rouge hyperémiee du moins sous l'influence du plus petit effort. Les vaisseaux des pommettes sont dilatés, son visage revêt un aspect assez particulier ordinairement désigné par l'épithète d'enluminé auquel s'ajoute s'il vient de parler la trémulation fibrillaire des muscles des lèvres visiblement accentuée par une vive émotion.

C'est la première phase, mais plus tard le teint pâlit se décolore, le visage exprime la tristesse, l'hébétude; le tégument externe sec et écailleux revêt une teinte jau-

nâtre, terreuse indice de la souffrance des viscères abdominaux.

Puis sa bouche devient pâteuse, sa langue sèche et saburrale. Les tremblements d'abord matinaux deviennent permanents. Ils consistent en petites secousses convulsives, saccadées, symétriques, rythmées faisant rarement défaut à la face et aux lèvres. Les muscles de la langue sont parfois le siège d'un tremblement analogue.

Enfin plus ou moins rapidement, plus ou moins fréquemment apparaissent les crises de *delirium tremens* caractérisées par une agitation et une loquacité extrêmes l'égarement des traits, une face convulsée par un rire sardonique, l'œil hagard, les vaisseaux battant avec force. Le visage exprime des sentiments de crainte, de frayeur et surtout de confusion mentale. Après ces crises l'ivrogne se présente suivant des types variables : tantôt maniaque, tantôt mélancolique mais le plus populaire de tous c'est l'abruti, ce suppôt de Bacchus qui

a laissé ses sens au fond de la bouteille.

L'arsénié.

Cette intoxication nous intéresse au premier chef, l'arsenic ayant la curieuse propriété de modifier étrangement la physionomie. Naturellement les variations physiologiques dépendent du mode d'intoxication. Transformation brutale, dramatique du facies au cours d'intoxications accidentelles, criminelles et parfois médi-

camenteuses, à ce propos la médication arsénée anti-syphilitique peut en donner un exemple. Transformations lentes, durables au cours d'intoxications professionnelles et alimentaires.

Au reste, d'aucuns s'accoutument de ce poison, témoins les Montagnards de Syrie et du Tyrol qui sont arsénicophages. Chez ces mithridatisés le teint du visage est plus frais et plus clair, la respiration plus aisée et les forces augmentées. Pourquoi s'étonner si des Allemandes du grand monde et du demi-monde usent de ce subterfuge pour se donner un éclat emprunté ? Et, les voilà transformées : peau souple et rosée, cheveux brillants et soyeux, formes pleines et arrondies, regards lumineux. Il est vrai que les maquignons se servent également de l'arsenic pour rendre le poil de leurs chevaux plus lustré et l'embonpoint plus marqué.

Dans l'empoisonnement par l'arsenic le catarrhe rhinolaryngobronchique manque rarement, il s'accompagne souvent d'ulcérations de la muqueuse nasale, d'érosions des cartilages et des os du nez et parfois de perforation de la cloison et d'effondrement des cornets. Il s'en suit une sécrétion mucopurulente s'échappant des narines.

Les accidents cutanés sont variés, ce sont des troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques tels que sueurs froides, œdèmes localisés surtout aux paupières parfois à une seule paupière, accompagnés de prurit, de rougeur de la peau et suivis d'une desquamation furfuracée. Les érythèmes sont assez fréquents et d'allure imprécise, scarlatiniformes, rubéoliformes, la peau se pigmente ;

des taches fauves ou brunes apparaissent rappelant le facies addisonien. Et comme le poison attaque le foie, il n'est pas rare de constater un ictère ou un subictère colorant en jaune la peau du visage et les sclérotiques. Enfin les cheveux tombent et des éruptions kératodermiques surgissent à la face comme sur le corps.

Dans les circonstances ordinaires, contrairement à ce que l'on pourrait conclure en se basant sur l'aspect floride des arsénicophages, l'usage prolongé de l'arsenic entraîne une cachexie spéciale avec amaigrissement, pertes de forces, œdème de la face, anémie profonde, teint plombé, terreux, parfois bronzé, alopecie, saignement des gencives, exfoliation de la peau, tremblements des lèvres et de langue, déchéance intellectuelle, marasme.

Dans l'intoxication suraiguë le facies est cholériforme, rappelons les crises nitritoïdes éclatant au cours d'injections intraveineuses d'arsénobenzol. Leur allure est particulière et dramatique. Sitôt après l'injection une étreinte brutale saisit le patient à la gorge; il suffoque, la face rougit, s'ensanglante, se violace et se gonfle. Les pupilles se dilatent, le regard exprime l'angoisse, la terreur. Puis rapidement le visage se décolore, le front devient moite et blême, une pâleur envahissante couvre la face, les yeux se cernent, le nez se pince. La syncope paraît imminente, menaçante. Enfin le malade gémit, peu à peu la figure se recoloré, la respiration se régularise. L'alerte est passée.

L'opiomane.

Cette intoxication est traduite d'une manière saisissante par l'expression du visage. La physionomie révèle même le moment où le toxique a été absorbé.

Lorsque l'absorption est déjà lointaine au bout de plusieurs heures par exemple les téguments ont une teinte pâle et grisâtre, terreuse, la peau est flasque, ridée, l'œil terne sans expression dénotant une atonie intellectuelle non moins prononcée que l'atonie physique : tout cela contribue à donner au sujet un aspect sénile qui va disparaître après l'absorption d'une nouvelle dose d'opium. Alors on voit le teint devenir plus clair, les pommettes se colorer, l'œil briller, l'activité du corps et de l'esprit renaître si bien que tel morphinomane qui, avant la piqûre ressemblait à un vieillard inintelligent, paraît, après la piqûre, rajeuni de plusieurs années, et, devient apte à des exercices de vigueur et d'esprit dont il semblait d'abord incapable.

Ce simple contraste entre ces deux états permet de faire le diagnostic même dans certains cas où l'emploi de l'opium n'est pas avoué.

D'autre part il est un signe de haute importance, c'est la rétraction de la pupille qui devient punctiforme. Ce signe est d'autant plus important qu'au myosis fait place la mydriase dans les cas d'intoxication très grave.

Le mercuriel.

Types variables suivant que l'intoxication a un caractère brutal ou prolongé.

Dans l'empoisonnement suraigu l'état général est frappé dès le début, la face d'abord rouge et vultueuse devient rapidement pâle, décolorée, et se couvre de sueurs froides. Les lèvres, les joues, la langue enflent, gonflent, rougissent et reluisent. Les gencives se tuméfient et de la bouche s'échappe une salive abondante. La respiration se précipite et s'embarrasse, elle est haute et anxieuse. Le regard angoissé reste intelligent. Puis progressivement mais rapidement le malade sombre dans l'abattement le plus complet.

Dans l'empoisonnement aigu le tableau change. Les altérations physiologiques s'installent pour ainsi dire, elles procèdent par touches moins hâtives mais plus profondes. La bouche se dessèche, les gencives se bordent d'un liseré rouge puis s'excorient et saignent alors que la langue se charge et s'épaissit. L'œdème gagne de proche en proche et peut se manifester extérieurement par la fluxion des deux joues. Des fausses membranes s'organisent et tapissent la cavité buccale tout entière. Les dents se déchaussent et sont branlantes. L'aspect du malade est des plus misérables : la langue extrêmement tuméfiée fait saillie entre les dents chargées de fuliginosités, les lèvres transformées en deux bourrelets violacés

couverts de fausses membranes et de croûtes noirâtres l'encadrent. Une salive visqueuse et continue chargée de sang noir et de débris gangréneux s'écoule. L'odeur de l'haleine est repoussante. Le malade est prostré, abattu : signes avant-coureurs du collapsus et de la mort. Des éruptions surviennent prurigineuses, peu saillantes, plus colorées à la périphérie qu'au centre, à bords irréguliers et sinueux. Si le malade échappe au terme presque fatal, une guérison lente s'établit. La salivation persiste pendant des mois, les dents restent ébranlées ou tombent. La chute des cheveux, le visage apathique, la bouffissure, la pâleur de la face trahissent l'atteinte profonde subie par l'organisme.

Dans l'empoisonnement chronique les troubles sont variés et retentissent au début sur l'état général. Le teint est livide, les yeux cernés, la face pâle et bouffie. Les téguments décolorés sont flasques et traduisent l'état d'anémie plus ou moins intense. L'activité intellectuelle faiblit, le visage est moins expressif, il devient atone. A la bouche et aux gencives paraissent les signes que nous avons précédemment indiqués. Les altérations dentaires sont des plus caractéristiques. Le Professeur Letulle les a décrites chez les ouvriers secréteurs de poils : les dents sont noirâtres, d'un brun verdâtre, leur surface est rugueuse, sillonnée de dépressions longitudinales ou transversales peu profondes.

Enfin l'on remarque de la trémulation fine aux lèvres et à la langue, et lorsque les troubles de l'innervation s'accroissent des oscillations faibles mais rapides de la

tête et une parole hésitante et scandée. L'intelligence se trouble de plus en plus, et ces intoxiqués chroniques deviennent des hypocondriaques.

Le saturnin.

Nombreuses sont les professions qui peuvent provoquer le saturnisme. Dans les hôpitaux on rencontrait souvent les peintres en bâtiment et ces individus parvenus à une certaine période de leur intoxication avaient un facies spécial.

Le visage est pâle, d'une pâleur blafarde, grisâtre rappelant le masque des individus brûlés par les intempéries de l'atmosphère. Souvent une teinte subictérique des muqueuses déjà colorées vient surajouter sa note, à la teinte anormale comme plombée du visage. A un examen sommaire on les pourrait prendre pour des anémiques et de fait ils sont las, découragés, tôt fatigués, essoufflés. Mais, et c'est là le détail important, qui contresigne la maladie, l'on voit au niveau du bord libre des gencives une ligne de coloration gris bleuâtre, ardoisée, tirant sur le bleu noir, comme tracée à l'encre, contrastant avec la pâleur voisine de la muqueuse buccale. Cette ligne, bande mince dessine la sertissure des dents particulièrement des incisives et des canines inférieures. La même imprégnation peut frapper la face interne des joues au niveau des molaires et y former les plaques tatouées de Gubler. Les

gencives quelquefois boursofflées et saignantes, d'ordinaire s'amincissent et se résorbent à leur ourlet, laissant des dents déchaussées de teinte brun clair encroûtées de tartre et souvent cariées. La langue légèrement gonflée est en général blanchâtre et couverte de petits points blancs, saillants. La bouche sèche. L'haleine fétide. Parfois une tuméfaction indolore existe au niveau des deux régions parotidiennes.

SÉMIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Un grand nombre d'affections nerveuses viennent s'inscrire sur la face. Le moindre défaut de symétrie de la figure, le moindre trouble dans les mouvements d'expression donne au facies une valeur sémiologique considérable.

Ayant choisi des exemples qui nous paraissent les plus caractéristiques comme facies de nerveux, bulbaires, encéphaliques, mentaux, nous nous contenterons d'exposer rapidement deux physionomies sinon moins expressives du moins peu susceptibles d'entraîner, par le seul examen de la face, le diagnostic.

Le méningitique. — Face tantôt rouge, tantôt pâle exprimant l'inquiétude, l'agitation. Œil brillant, injecté, sensible à la lumière. Regard animé ou triste. Contractions rapides, fugaces des muscles de la face, déterminant des grimaces, le tremblement des lèvres, le grincement des dents, le mâchonnement, quelquefois le trismus.

L'hystérique. — Figure vultueuse, rouge mais non violette comme dans l'épilepsie. Yeux entourés d'un cercle bistré. Cou tuméfié. Remous carotidiens. Turgescence des jugulaires. Contractures variées des traits qui expriment tour à tour la terreur, la douleur, la

colère, la tristesse, la gaieté, la volupté. Convulsions cloniques et toniques se succédant, s'entrecroisant. Mâchoires serrées. Dents gringantes. Yeux révulsés. Rire sardonique. Accès de suffocation. Et après cet orage... larmes abondantes, sanglots, sommeil profond.

De même l'expression de la physionomie à une grande importance pour le diagnostic des troubles cérébraux. Suivant la forme de vésanie, la figure est calme ou agitée, indifférente ou préoccupée, déprimée ou inspirée. Qui ne connaît le visage contracté du lypémaniaque, l'air satisfait du paralytique général ?

Le parkinsonien

Sujet ayant dépassé la période moyenne de la vie et dont le facies, l'attitude, et les mouvements involontaires attirent tout de suite l'attention.

La tête légèrement penchée sur la poitrine paraît soudée au corps; le facies immobile exprime l'étonnement; les sourcils relevés, les yeux brillants, clignant peu, la bouche entr'ouverte, la parole lente, forment contraste avec l'agitation continuelle (Charcot).

Voilà en ce qui concerne le facies, mais l'attitude assise ou debout complètent éloquemment le portrait.

Il en est de même du symptôme tremblement, si caractéristique aux membres comme aux muscles de la face. La langue, la mâchoire, les lèvres sont alors animées d'un tremblement continu. La vibration labiale invo-

lontaine des parkinsoniens a été irrévérencieusement comparée à celle qui agite par intervalles le museau du lapin. Brissaud la rapproche des mouvements de lèvres que réalisent inconsciemment les vieilles dévotes en récitant leurs oraisons, on dirait que le malade marmotte une litanie interminable. Ce tremblement s'arrête en général pendant les mouvements actifs ou passifs. Mais à côté de ce symptôme pourtant si caractéristique de la maladie de Parkinson il en est un capital, prépondérant; c'est la rigidité musculaire trouble sinon constant du moins le plus constant; pseudocontracture que l'on peut rapprocher quant à ses caractères de la rigidité cadavérique.

Elle occupe en général la même distribution que le tremblement, mais la tête et le cou qui échappent à la trépidation participent à la rigidité. C'est le côté plastique de l'affection comme l'a écrit Paul Richer.

Le facies du malade est à tel point caractéristique qu'il a mérité le nom de masque parkinsonien. Généralement immobile et impassible, la physionomie offre suivant les cas un aspect triste, d'hébétéude ou d'étonnement, d'attention ou de frayeur qui ne correspond nullement à un état analogue de l'âme (Béchet) le regard est fixe, lent à se déplacer.

L'impression que produit l'attitude du malade est celle d'une personne en proie à une incertitude continuelle mélangée d'embarras et de timidité; cependant l'expression très caractéristique de la physionomie dément en partie cette impression; la rigidité des muscles innervés

par le facial donne aux traits du visage une tranquillité majestueuse, parfois pleine de dignité. Le patient semble à l'abri de toute émotion, son sourire est à peine visible; les parties inférieures de la physionomie sont à peu près rigides, le front, seul, jouit d'une mobilité relative (Hirt).

En opposition avec l'immobilité du visage, le front est presque toujours plissé, les sourcils relevés, les yeux largement ouverts. Au point de vue de l'expression, déclare Paul Richer, la face pourrait être divisée en deux parties : le front et le reste du visage; en effet, toute la partie du visage qui se trouve au-dessous de la ligne des yeux se fait remarquer par une placidité et une impassibilité caractérisée par l'absence de rides : c'est un masque vide dont la vie semble absente, ni douleur, ni plaisir. — Au front c'est autre chose : les rides se creusent et donnent à toute cette partie de la face une expression en rapport avec leur direction... Entre ce front mouvementé, expressif ou ridé contradictoirement et le reste de la face impassible, plaçons les yeux immobiles et fixés grands, ouverts, avec une absence presque complète du clignement et nous aurons les éléments fondamentaux de ce masque étrange et saisissant.

Le sclérodermique.

Inflammation chronique des divers éléments qui constituent la peau, les articulations, les os : ces lésions

peuvent s'étendre à diverses parties du corps; quand elles atteignent la face, elles constituent le masque sclérodermique : alors les mouvements sont impossibles la physionomie garde une immobilité perpétuelle, l'orifice palpébral est étroit, déformé : les larmes coulent sur le visage. Le nez est effilé, aminci. La bouche n'est plus qu'une fente étroite que l'on dirait taillée à l'emporte-pièce dans un morceau de cuir; les bords muqueux ont disparu, et au milieu de la fente, les dents sont visibles comme l'a écrit Charcot.

Hémitrophie faciale progressive.

Tout comme le facies scléodermique cette maladie est produite par des troubles trophiques d'origine névritique.

Elle fut décrite par Romberg en 1846 pour la première fois sous le nom de trophonévrose de la face.

On voit apparaître sur un ou plusieurs point de la face une tache, une plaque généralement décolorée, parfois brune ou bleuâtre.

Puis au niveau de la région orbitaire ou du maxillaire inférieur là, où la plaque du début s'est montrée on assiste bientôt à l'amincissement et à l'induration du derme, prélude de l'induration qui va se généraliser. Tous les tissus de la face participent à la lésion, la peau colle à l'os et présente un aspect cicatriciel, écailleux, elle est pâle, sèche, les glandes sudoripares et sébacées ne fonc-

tionnant plus. La joue paraît en retrait, surtout comparée à celle du côté sain. Les lèvres sont amincies ainsi que le nez, le menton et l'oreille du côté atteint. L'œil est profondément enfoncé. Les cils tombent. La calvitie est beaucoup plus rarement observée, un côté de la face est affaissé, l'autre est saillant. Les dents peuvent tomber surtout du côté malade.

Maladie des tics convulsifs

Maladie débutant vers la dixième année sur un terrain de dégénérescence héréditaire. Son caractère pseudo-intentionnel, la répétition du même mouvement, son caractère rythmique, sa brusquerie, sa brièveté, son synchronisme, l'action suspensive de la volonté distingue la maladie des tics de la chorée.

Le tic est un mouvement convulsif, habituel et conscient résultant de la contraction d'un ou de plusieurs muscles, et reproduisant le plus souvent mais d'une façon intempestive quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire. (Guinon).

Le siège de prédilection est la face, et, à la face, c'est le clignement qui est le mouvement le plus fréquent qu'il soit d'ailleurs seul ou associé. Puis viennent les mouvements de la bouche : mordillement des lèvres, pseudo-béement, entrebaillement, les mouvements combinés des releveurs de la lèvre et de l'aile du nez, l'hé-

mispasme, la moue; et aussi l'acte du reniflement à vide, avec un bruit plus ou moins intense. Il arrive que dans la phase d'entrebaillement de la bouche accidentel ou prémédité, s'intercalent des mouvements de propulsion ou de circumduction de la langue, ce qui constitue encore une variété fréquente de tics.

Ce sont là en quelque sorte des tics purement partiels. Si les spasmes atteignent la musculature du cou, on voit alors se constituer des tics de salutation, de provocation, d'affirmation, de dénégation, de moquerie, de dédain auxquels les grimaces ou la moue du visage peuvent s'associer. Les mouvements de grattage du nez, le passage de la main sur la tête, dans la barbe appartiennent à la même maladie.

En général ces secousses spasmodiques sont intermittentes, il y a des périodes d'accalmie et des reprises en accès.

A côté de ces tics éminemment cantonnés à la face et au cou, il en est d'autres qui manquent rarement et qui complètent la physionomie du malade. Ce sont notamment les tics bucco-pharyngo-laryngés qui s'accompagnent d'un claquement sonore ou d'une émission de voix sans caractère précis : tels sont les claquements de langue ou de lèvres, les reniflements bruyants et surtout le « hem » pharyngé parfois terriblement tenace et impérieux. C'est encore l'exclamation de surprise « ah » les mots orduriers, l'écholalie.

Paralysie glosso-labio-laryngée.

On désigne sous ce nom une paralysie progressive de la langue, du voile du palais, des lèvres et du larynx avec atrophie des muscles correspondants. On se doute aisément qu'une telle maladie détruit l'harmonie du visage et nous allons essayer, en prenant chacun de ces organes paralysés, en particulier— de montrer les troubles physionomiques qui en résultent.

La paralysie de la langue, en général premier symptôme en date, provoque comme phénomène le plus saillant un trouble de la prononciation. La langue de jour en jour perd toute mobilité; elle est aplatie, flasque, inerte sur le plancher de la bouche. Elle s'atrophie, sa surface se ride et s'anime de contractions vermiculaires. La perte des mouvements de la langue provoque non seulement des troubles de la déglutition, les aliments n'étant plus maintenus contre la voûte palatine par le mouvement de la langue tombent dans la gouttière gingivo-buccale et le malade est obligé de les reporter au milieu de la bouche avec les doigts. A un degré plus accentué la langue est devenue incapable de reporter en arrière avec le pharynx le bol alimentaire. On voit alors le sujet renverser la tête en arrière pour faire tomber les aliments dans le pharynx.

La paralysie des lèvres attaque électivement l'orbiculaire des lèvres et peut par la suite se porter aux muscles de la houppe du menton, sur le carré et le triangulaire

des lèvres. Au début le malade ne peut plus que serrer faiblement les lèvres l'une contre l'autre, il est incapable de faire la moue, de donner un baiser, de souffler, de siffler.

Puis les lèvres deviennent immobiles, la bouche est grande ouverte, les sillons naso-labiaux se creusent et le masque prend un air hébété, pleurard contrastant violemment avec la vivacité du regard, la mobilité des yeux.

Si l'on vient à provoquer le rire, il rit à n'en plus finir, sa bouche reste largement ouverte dans une sorte de rire bête, inextinguible qui donne à la face l'aspect des masques de la comédie antique. (Trousseau). Les lèvres atrophiées sont inertes et pendantes, animées de contractions fibrillaires. La salive s'écoule abondamment et finit par irriter le pourtour de la bouche, la meurtrir et créer une rougeur intense des lèvres et du menton. L'aspect des malades, comme bien l'on pense est des plus misérables.

La paralysie du voile du palais, du pharynx se manifeste par la difficulté extrême du sujet à s'alimenter. Les liquides refluent dans les fosses nasales ou tombent dans le larynx provoquant des secousses violentes et répétées de toux. Enfin, la paralysie du larynx commande une aphonie plus ou moins complète.

L'ophtalmoplégique

Maladie à début progressif et généralement insidieuse. Le sujet constate un jour que ses paupières supérieures sont légèrement abaissées et qu'il lui faut faire effort pour les soulever; puis leur chute se prononce de plus en plus au point de voiler la partie supérieure du globe de l'œil et une partie de la cornée. Il paraît assoupi.

Alors le malade tend à remédier à l'insuffisance de ses releveurs et pour lutter contre la blépharoptose il contracte le muscle frontal. Aussi le front est-il sillonné de rides longitudinales profondes; les sourcils se froncent, s'arquent, leurs extrémités internes se rapprochent, ils surplombent les yeux. Mais la vicariance bientôt insuffisante du frontal oblige l'ophtalmoplégique à recourir à un autre subterfuge. Et alors pour se permettre la vision des objets placés devant lui, il rejette la tête en arrière et prend une attitude que l'on pourrait croire hautaine.

A cette période, l'ophtalmoplégie donne au malade un facies tellement spécial qu'il est impossible de s'y tromper. C'est le facies d'Hutchinson.

En examinant de plus près le malade, en soulevant les paupières supérieures, les globes oculaires apparaissent immobiles et semblent suivant l'expression de Benedikt comme figés dans la cire. Le malade a le regard fixe mais également un peu vague car les axes optiques ne sont pas absolument parallèles.

Parfois la paralysie porte sur tels muscles oculaires à l'exclusion d'autres souvent animés de mouvements nystagmiformes. Parfois la paralysie prédomine sur certains d'entre eux d'où une assez grande variété d'aspects; tantôt les globes oculaires sont immobilisés dans la position médiane, tantôt leurs axes sont inclinés en dedans, (convergence), en dehors (divergence), en haut en bas ou dans des directions différentes pour chacun d'eux.

L'immobilité absolue n'est réalisée que par la paralysie de la troisième, quatrième et sixième paire. En ce cas le malade ne peut porter les yeux dans aucune direction et pour regarder en haut en bas ou de côté il doit mouvoir la tête dans les différents sens. C'est l'ophtalmoplégie complète, le véritable facies d'Hutchinson, facies qui a été comparé à celui de la maladie de Parkinson à cause de l'immobilité des traits et du défaut d'expression du visage, mais qui s'en distingue par différents caractères. Dans la maladie de Parkinson les muscles sont immobiles, rigides et non paralysés, les sourcils sont élevés et le front plissé comme dans l'ophtalmoplégie mais l'œil reste grand ouvert, on ne constate jamais de ptosis même incomplet comme dans l'ophtalmoplégie. Nous signalerons encore l'existence d'une forme ophtalmoplégique de l'encéphalite léthargique empruntant au facies que nous venons de décrire ses principaux caractères et pouvant même se superposer cliniquement à elle dans certaines formes frustes mono symptomatiques.

Enfin l'ophtalmoplégie externe peut se compliquer d'ophtalmoplégie interne. En ce cas la pupille est moyennement dilatée et ne réagit plus à la lumière, à l'accommodation, à la convergence.

L'hémiplégique.

Nous reconnaitrons chez ce malade deux facies suivant qu'on l'examine à la période de paralysie flasque ou à celle de paralysie avec contracture.

Nous prendrons comme exemple l'hémorragie cérébrale, qui dans la majorité des cas débute par un ictus apoplectique, nous attendrons cependant que l'état comateux se soit dissipé pour ne présenter que les caractères physiologiques durables.

Nous constaterons alors que la face est hémiparalysée. La commissure des lèvres tirée du côté sain, et sur un plan plus élevé que du côté malade. Les lèvres semi-entr'ouvertes donnant à l'orifice buccal la forme d'un point d'exclamation dont l'extrémité renflée correspond au côté sain et l'extrémité effilée au côté malade. La joue paralysée est affaissée, sans rides, soulevée à chaque mouvement expiratoire. Les plis normaux de la face sont effacés, moins accentués du côté paralysé. L'asymétrie de la face s'accroît encore davantage quand le malade parle ou rit. Il ne peut que difficilement siffler ou souffler. Si le sujet tire la langue hors de la bouche, on voit la pointe se dévier vers le côté paralysé. Voile

du palais et l'uvule peuvent être paralysés, ils entraînent des troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation d'intensité variable. Les aliments s'accumulent dans l'espace gingivo-labial du côté paralysé, livrant passage aux aliments et à la salive. D'après les classiques le facial inférieur serait seul pris. Déjerine et nombre d'auteurs font remarquer que le facial supérieur ne serait pas respecté. Il s'en suit alors que les rides du front sont un peu effacées du côté malade, le sourcil a sa courbe atténuée, et sa queue se rapproche du rebord orbitaire. La fente palpébrale est plus ouverte.

A la période de contracture qui peut être précoce ou tardive, mais il est vrai, rare à la face, la déviation des traits se fait en sens inverse de ce qu'elle était à la première période. Les traits sont tirés du côté paralysé.

En tous cas l'examen du facies chez les hémiplegiques a une importance primordiale, car il permet au médecin non seulement de reconnaître rapidement la maladie mais encore de localiser le lieu de la lésion. L'hémiplegie corticale et capsulaire répondant sensiblement à la description que nous avons faite surtout la capsulaire. Les paralysies à la face et aux membres étant toutes deux du côté opposé à la lésion. Dans l'hémiplegie pédonculaire il existe en plus une paralysie du moteur oculaire commun du même côté que la lésion. Dans l'hémiplegie protubérantielle les membres sont encore paralysés du côté opposé à la lésion mais la face est paralysée du même côté que la lésion.

Le mélancolique.

La mélancolie simple s'accompagne d'un état de relâchement général. Les paupières tombent sur les yeux ternis, le nez se pince, les narines s'affaissent : il semble que par l'occlusion des organes des sens, l'organisme se défende automatiquement contre les excitations extérieures. Les angles de la bouche s'abaissent, les muscles contiennent mal la mâchoire, la face s'allonge, la tête se penche sur la poitrine. La voix est faible et monotone, la parole traînante. La circulation est ralentie, la respiration est superficielle et rare. Toutes les sécrétions sont diminuées : la peau est sèche, la muqueuse buccale est aride, la langue est empâtée, la déglutition devient difficile, les dents sont couvertes d'un enduit gluant. La peau présente souvent des changements de coloration, du vitiligo ou bien des pigmentations anormales, une négritie qui peut suivre d'une manière remarquable la marche des troubles mentaux; pigmentation qui peut s'étendre aux muqueuses de la voûte palatine, des lèvres, de la conjonctive.

Le système pileux est souvent affecté principalement dans les cas chroniques. Les cheveux noirs prennent une teinte rougeâtre comme s'ils étaient teints; les cheveux blonds pâlissent souvent et se dessèchent, se fendent à leur extrémité libre et deviennent cassants. Hack Tuke rapporte un cas dans lequel les cheveux devenaient

gris à chaque accès et reprenaient leur couleur naturelle dans l'intervalle.

Les traits du visage reflètent la douleur intérieure qui accable les malades. Les mouvements physionomiques sont lents sans vigueur et quelquefois même les traits se figent dans une immobilité stupide. D'autrefois les muscles sont dans un état de tension convulsive et contractés d'une façon permanente. Les sourcils sont froncés, et les plis formés à la racine du nez par la contraction des muscles du front rappellent la figure d'un oméga grec. On leur a donné le nom d'oméga mélancolique.

Le dément

La physionomie du dément tend à la dissolution de l'expression, qui s'atténue graduellement avant d'arriver à présenter l'aspect caractéristique.

L'œil est sans éclat, la pupille souvent dilatée, le regard est vague. Les rides s'effacent, la peau unie et étalée ne révèle plus l'action de la musculature affaiblie. Les joues sont flasques, se soulèvent à chaque expiration; la lèvre inférieure, pendante, laisse écouler la salive. Les paupières ne retiennent plus les larmes qui s'écoulent sur le visage. Du reste les paupières souvent se paralysent et Sikorski prétend que c'est là un stigmatte précoce de la démence, auquel il joint la parésie du facial inférieur, ce qui détermine un allongement de la face.

Quelquefois la régularité et la beauté des formes squelettiques font un contraste navrant avec l'aspect repoussant des parties molles qui n'ont plus que la vie végétative. Mais, en général, la folie est l'ennemie de la beauté. Leur laideur est due surtout aux asynergies musculaires, au défaut d'harmonie des mouvements qui se fait remarquer principalement dans la physionomie : lorsqu'ils retrouvent l'harmonie de leurs traits on peut en tirer le présage d'une guérison prochaine. La marque de l'aliénation mentale a pour caractère l'incohérence de l'expression, les traits respirent la folie, *in facie recordia ineral* (Salluste) toujours quelque muscle se relâche ou se contracte quand il devrait se contracter ou se relâcher en suivant le jeu des associations normales.

L'attitude, du reste, n'est pas moins caractéristique de la déchéance : la tête s'incline sur le tronc. Souvent la diminution de l'intelligence entraîne un état de dépression mélancolique.

L'idiot.

Ce qui frappe dans l'aspect extérieur de l'idiot c'est sa figure généralement laide, grimaçante, ridée, au regard dépourvu d'expression. De petite taille, quelquefois véritable nain, l'idiot offre souvent une singulière disproportion entre le tronc et la tête : celle-ci est trop petite ou trop volumineuse par rapport au reste du corps : de plus elle est difforme, mal faite. Ce manque de pro-

portions se retrouvent quand on compare les deux moitiés de la face, particulièrement asymétrique, ou bien quand on oppose l'une à l'autre les différentes parties du visage : le nez par rapport au front ou aux lèvres, les yeux par rapport au nez.

La partie inférieure de la figure, grâce à la bouche trop largement fendue, munie de lèvres épaisses, informes, au-dessous desquelles est un menton fuyant, présente un aspect bestial. Souvent la bouche est entr'ouverte laissant écouler la salive. Le bec-de-lièvre et la fissure de la voûte palatine sont des malformations assez fréquentes chez les idiots. Dans certains cas, la langue trop volumineuse, trop longue s'échappe à travers les arcades dentaires aussitôt que le sujet entr'ouvre la bouche.

Les yeux, au regard éteint, stupide sont ou trop écartés l'un de l'autre ou trop rapprochés. Ils sont enfoncés dans la tête de telle façon que les arcades orbitaires semblent former une saillie tout à fait exagérée. Parfois l'angle interne de l'œil est muni d'un repli semi-lunaire de la peau, qui recouvre dans une étendue variable le globe oculaire, empêche la vision directe et produit le strabisme. Chez d'autres on observe un épaississement du tissu sous-conjonctival en un mot le ptérygion congénital. Les iris peuvent complètement manquer ou offrir une coloration inégale; les pupilles sont souvent de grandeur différente. Les paupières sont souvent atteintes d'un tic.

Les oreilles des idiots sont presque toujours déformées

dimensions trop grandes, inégales, écartement exagéré de la tête, absence ou adhérence du lobule, amincissement plus ou moins prononcé de son bord, irrégularités de ses différentes parties constitutives.

Les dents irrégulières, mal plantées, chevauchantes. La dentition incomplète, retardée ou caractérisée par la présence exclusive de dents de lait.

Naevi ponctuant le visage. Cheveux irrégulièrement plantés, empiétant sur le front avec un tourbillon dévié ou double.

L'idiot de Vélasquez (musée de Vienne excellente peinture, où l'on retrouve nombre de ces stigmates, dénonce également la pauvreté intellectuelle qu'accentue encore l'expression pénible peinte malgré le rire sur toute cette face convulsée. Et, c'est ce mélange de rire et de souffrance, de déchéance et de joie qui fait de ce tableau une œuvre d'un intérêt si troublant en même temps qu'une peinture d'un réalisme achevé.

QUELQUES FACIES-HABITUS

Désirant terminer par les facies de mort nous intercalons, ici même, quelques facies ne pouvant appartenir à aucun des groupements précédents, soit que le laboratoire n'ait pas encore dit son dernier mot, soit qu'ils appartiennent à de grandes classes dont ils sont l'unique représentant.

Jusqu'à nouvel ordre, il s'agit de facies qui dépendent de troubles de la nutrition comme dans le rachitisme, la scrofule, les infections chroniques urinaires, les myopathies. C'est un groupe un peu disparate qui réunit des maladies dans lesquelles le facies ne fait que manifester les troubles qui existent sur les autres parties du corps.

Le rachitique.

Maladie dont le diagnostic peut s'imposer par l'examen seul du crâne et de la face.

Le sommet du crâne est aplati, les bosses frontales volumineuses, saillantes, le front large et bombé, carré, c'est un front olympien. Les pariétaux de convexité

exagérée semblent s'écarter l'un de l'autre. La suture sagittale se creuse et forme un sillon plus ou moins profond, c'est le crâne natiforme. Souvent hydrocéphalie ou brachycéphalie. Les altérations du squelette facial sont également importantes. Elles frappent le maxillaire inférieur en épaississant notablement son bord inférieur et en inclinant en dedans son bord supérieur, c'est le menton en galoche. Quant au maxillaire supérieur il fait une saillie comparable à un bec.

Ces déformations modifient la voûte palatine qui devient ogivale, les fosses nasales sont rétrécies, les dents irrégulièrement plantées, mal orientées, ne se rencontrent pas, sont vulnérables, fendillées, érosées. Enfin les cavités orbitaires sont ou bien agrandies ou bien diminuées verticalement.

Et pourtant cela n'empêche pas la grâce du sourire, la beauté du regard. Mona Lisa n'était-elle pas une rachitique ?

Le scrofuleux.

La scrofule s'applique à une forme de tempéraments, et à une série d'accidents pathologiques. Il est impossible de donner une définition un peu rigoureuse de ce que l'on entend par ce mot et la plupart des auteurs en donnent une description schématique dans laquelle ils passent en revue les principaux accidents.

La scrofule serait-elle le panier dans lequel on jette

indistinctement toutes les maladies qui frappent les enfants de quatorze ans et dont on ne connaît pas la cause, comme l'écrivait Henle ? Nous ne le croyons pas, mais nous convenons qu'aujourd'hui encore on ne paraît pas en mesure de définir ce qu'est le terrain scrofuleux. Ajoutons qu'il n'existe pas de formule scientifique, la chimie biologique ne nous ayant encore rien appris à ce sujet. Pour caractériser la scrofule, il faut en revenir à la clinique. Abandonnons les descriptions si confuses de Lugol, Milcent les déterminations arbitraires de médecins anglais schématisant le type scrofuleux en un enfant blond à peau blanche, alors que des médecins français le représentent brun, et empruntons à de Gennes ce que l'on peut entendre à l'heure actuelle par le type strumeux.

Cet état particulier s'accuse dès le jeune âge ; ces enfants sont remarquables par la pâleur et la bouffissure de la face : le tissu conjonctif se charge aisément de graisse, la lèvre supérieure est volumineuse et proéminente, le nez est tuméfié, les amygdales exubérantes. Le système pileux est peu marqué. Les scrofuleux ont l'air nonchalant, paresseux. A vrai dire ce tableau ressemble à celui du lymphatique, nous n'y contredisons pas, car nous pensons qu'il n'y a pas de limite tranchée entre le lymphatisme et la scrofule.

Cet habitus, ce facies déjà si particulier dès le premier âge va encore s'accroître dès les premières atteintes que subira le scrofuleux de par les maladies les plus légères. Tous les parasites germent avec la plus grande

facilité. Les inflammations banales, l'impétigo par exemple, couvriront rapidement la face et le cuir chevelu. Les otites, le coryza reviendront à chaque instant. Sous l'influence de cette irritation continuelle, le nez se gonfle, s'hypertrophie, la lèvre supérieure devient rouge, tuméfiée quelquefois exulcérée par les liquides irritants qui s'écoulent des fosses nasales. Ce gonflement du nez et de la lèvre supérieure accentue encore les caractères du facies scrofuleux.

Les amygdalites sont très fréquentes et laissent les amygdales hypertrophiées, si bien qu'au bout de peu de temps elles se touchent ou à peu près, alors la respiration devient gênée et la voix nasonnée.

Les affections oculaires superficielles prennent aussi le caractère de chronicité. Ce sont d'abord des blépharites persistantes amenant la chute des cils laissant le bord des paupières rouge ou bien aussi des orgelets se greffant très facilement sur le bord ciliaire.

Si on ajoute à ce tableau les engorgements ganglionnaires non tuberculeux qui accompagnent si souvent les inflammations de la peau et du cuir chevelu on s'apercevra que le facies du scrofuleux s'est très accentué de par la non rétrocession de toutes ces lésions qui, chez un sujet sain, auraient guéri rapidement sans laisser de traces.

En résumé figure bouffie, face et cuir chevelu couverts d'impétigo, plus ou moins tuméfiés par des adénites multiples, yeux injectés par places avec des paupières à bords rouges et privées de cils. Ce tableau est des plus

typiques et fera dire à tout clinicien : Voilà un scrofuleux.

Mais ce ne sont pas là des lésions scrofuleuses, ce sont des infections banales évoluant sur un terrain particulier qui leur sert de substratum.

Ce terrain subira plus tard des assauts plus sérieux. Erysipèle à marche souvent bénigne mais récidivant. Tuberculose locale telles qu'adénites, écrouelles de jadis, qui imprimeront au facies de ces malades un cachet assez particulier. Petites masses indolentes, au niveau des angles des mâchoires, à la peau tendue, violacée quelquefois rouge s'amincissant, s'ulcérant et donnant issue à un pus jaunâtre, caséeux. Au bout d'un temps quelquefois long, la suppuration se tarit et laisse des cicatrices disgracieuses violacées souvent fistuleuses, en tous cas blanchâtres, indélébiles et permettant, bien des années après, le diagnostic rétrospectif de tuberculose locale se greffant sur le facies scrofuleux.

L'hérédo-syphilitique.

Qui ne connaît le portrait tant de fois reproduit du petit syphilitique ? Cet avorton rabougri, atrophie, chétif, débile. Petit vieux décrépi, lamentable miniature de vieillard à face plissée, à peau flasque terreuse et bistrée, il semblerait qu'on a passé sur ses traits un couche légère de marc de café ou de suie délayée. L'excès de proportion de la bouche et des yeux par rapport aux

autres parties du visage le font ressembler à un singe plus qu'à un homuncule.

Ce facies, n'est, à vrai dire, que celui de l'athrepsie, portée à un très haut degré, mais le plus souvent cet ensemble objectif, et spécialement cet aspect sénile est réalisé par la syphilis plus que par toutes les autres maladies réunies.

Plus tard, il sera dépeint comme un enfant malingre débile, pauvrement musclé, languissant, maladif, valétudinaire, dormant mal, pleurant beaucoup. On signale très fréquemment un teint spécial moins anémique que grisâtre, terne, comme terreux.

Nous allons passer rapidement en revue les principaux stigmates reconnaissables à la face et qui sont d'un si grand secours pour orienter un examen préliminaire. La syphilis est par excellence une maladie qui stigmatise cruellement le visage des héréditaires. L'enfant trahit le secret de ses parents en portant sur sa face la signature de leurs tares.

Les malformations crâniennes.

Front olympien à bosselures latérales, front en carène, crâne natiforme de Parrot quasi pathognomonique. Crânes asymétriques à variétés infinies. Acrocéphale. Dolicocephale. Scaphocéphale. Microcéphale. Hydrocéphale. Circulation crânienne supplémentaire. On la reconnaît sur le trajet de la veine temporale

superficielle, la veine angulaire, les veines frontales sous forme de traînées bleuâtres que la chevelure d'ailleurs raréfiée dissimule à grand'peine.

Malformations du système dentaire.

De tous les systèmes organiques, c'est sans contradiction possible le système dentaire qui est affecté le plus souvent par l'influence de l'hérédo-syphilis. En dehors des retards de l'évolution dentaire presque constants, il existe des dystrophies.

Dystrophies coronaires révélées par des érosions pointillées ou en godet dont la teinte est plus ou moins foncée, grisâtre, parfois noire. Erosions sulciformes de Parrot se traduisant par une rainure linéaire ou bien des rainures multiples, c'est alors la dent en gradins. Erosions en nappes, présentant des anfractuosités irrégulières, de teintes variées, c'est le gâteau de miel de Tomes. Dents courtes à plateau lisse, à cœur jaunâtre et à bourrelet d'émail blanc périphérique. Dents en clou de girofle. Dents laminées. Dents à échancrure semi-linéaire, véritables dents d'Hutchinson, apparaissant souvent sous la forme de dents en tournevis.

Ajoutons encore pour compléter la revue de l'influence de l'hérédo-syphilis sur le système dentaire : l'ataxie dentaire, le microdontisme, le gigantisme dentaire et les formes anormales telles que les dents torsées, les dents en touche de piano, les dents de poisson, les dents en cheville, en

corne, en caillou, les dents cannelées, les dents poly-tuberculeuses.

Malformations des mâchoires

Le maxillaire supérieur est le plus souvent attaqué. C'est un rétrécissement transverse de la mâchoire ou bien une voûte palatine ogivale au lieu du cintre surbaissé ou surhaussé habituel. C'est l'arrêt de développement du maxillaire supérieur, ce qui rend impossible l'articulation normale des incisives. C'est l'asymétrie des deux moitiés du maxillaire supérieur. C'est la brièveté de la lèvre supérieure. C'est encore une difformité disgracieuse telle que le bec-de-lièvre avec ou sans fissure palatine. A la mâchoire inférieure, le prognatisme ou bien l'aplatissement transverse de la mâchoire.

Malformations nasales

Le nez peut être déprimé, aplati, élargi en surface au-dessous de l'épine nasale du frontal.

Malformations des yeux

Les yeux peuvent être le siège de malformations des paupières, d'une exagération du repli semi-lunaire, d'inégalité des deux yeux, de dénivellation oculaire, enfin, de la plus commune de toutes : de strabisme.

Malformations des oreilles

Sa physionomie, son esthétique, peuvent être troublées. Oreille de faune. Oreille en plat à barbe. Oreille ronde, mal ourlée, à encoches. Oreille en anse, complètement décollée, véritable oreille de singe. Oreille géante. Oreille sans lobule.

L'urinaire

Nous n'avons pas l'intention de décrire les différentes formes sous lesquelles peut se manifester l'insuffisance rénale. Forme nerveuse avec facies comateux, convulsif ou délirant. Forme dyspnéique avec facies de dyspnée simple, paroxystique ou spasmodique. Forme gastro-intestinale avec facies variables.

Nous tenterons d'exposer seulement le facies de l'individu atteint d'intoxication urinaire aiguë typique.

Le malade claque des dents, est la proie d'un frissonnement général et on observe parfois de la cyanose du visage. Le plus souvent, le facies est anxieux, grippé, traits tirés, œil excavé, respiration pénible. Puis le vent du frisson se calme, mais la tempête monte et chauffe. La face s'illumine, devient rouge et animée, les yeux sont brillants, la peau sèche, aride, ardente. Cependant, la respiration se régularise. L'anxiété et l'angoisse sont moins accusées... Enfin l'orage éclate. La peau s'humecte,

devient moite, puis la sueur s'exagère, devient profuse et ruisselle de toutes parts. Alors le facies du malade accuse un sentiment de bien-être, de détente générale.

Tel est l'accès urineux franc dans sa forme la plus simple. Il va sans dire que des variétés d'expression physiologique peuvent se greffer sur cette forme simple suivant les variétés de complications que nous avons énumérées. Mais nous devons ajouter pourtant que les troubles digestifs sont constants ou à peu près et à ce titre nous aurions pu les décrire avec l'accès.

A la face, ces troubles se manifestent par un état très particulier de la langue qui se transforme au point que cet organe mérite une dénomination spéciale, celle de « langue urinaire ».

Deux caractères principaux lui appartiennent, la rougeur et la sécheresse :

La rougeur peut affecter plusieurs tons, depuis le rose vif jusqu'au rouge écarlate. Cette rougeur peut être localisée à la pointe, aux bords; elle s'étend le plus souvent à toute la langue. C'est une langue scarlatineuse fraîchement dépouillée. La rougeur se combine fréquemment avec un enduit pultacé qui recouvre la langue dans toute son étendue sauf à la pointe. La combinaison de la rougeur de la langue à sa pointe et à ses bords et des enduits qui les recouvrent constitue un état particulier qui appartient bien à ce que nous cherchons à décrire sous le nom de langue urinaire.

Quant à la sécheresse elle a un caractère encore plus constant que la rougeur. Sécheresse collante ou vérita-

blement sèche bloquant la langue contre le palais, langue habillée d'une tunique de velours brillant, rouge vif, à longues côtes longitudinales qui semblent la rétrécir et préparer le ratatinement des périodes ultimes.

Ajoutons enfin que l'on observe une cachexie spéciale chez les urinaires lorsque les troubles digestifs sont très accentués. Cette cachexie se caractérise par de l'amaigrissement et du jaunissement.

L'amaigrissement est progressif. La peau est flasque, molle, sèche. Le jaunissement s'observe sur tout le corps, s'accompagne de décoloration des tissus et en particulier dans les grands plis de la face.

Facies myopathique

Appartenant au type facio-scapulo-huméral de Landouzy et Déjerine c'est une atrophie une fonte musculaire qui atteint les muscles de la face et souvent débute par ces derniers. Dès les premières années de la vie apparaît cette atrophie des muscles faciaux, qui lorsqu'elle atteint un certain degré modifie profondément le facies du sujet.

La physionomie exprime un certain degré d'hébétude, d'indifférence, les yeux sont grands ouverts, les rides du front effacées, les commissures nasolabiales ont disparu. Les lèvres augmentées de volume, lèvre inférieure abaissée, lèvre supérieure en saillie, c'est la lèvre de tapir. La bouche entr'ouverte et les ouvertures palpé-

brales agrandies. Les rides du front effacées, le masque facial lisse. Ces différentes modifications jointes à un aplatissement de l'occipital qu'avait signalé Brissaud donnent aux malades un aspect peu intelligent que leur état mental ne confirme pas et cette différence entre ce que traduit la physionomie et l'état intellectuel de ces sujets est ce qui frappe le plus. Ce contraste s'accroît encore si l'on fait rire le malade. Le malade rit en travers, d'un rire en apparence forcé qui jure avec la gaieté certaine du sujet, les commissures labiales ne se relèvent pas, une dépression en coup de hache en parenthèses encadre la bouche.

Tous les mouvements de la face sont plus ou moins gênés, ils ne peuvent siffler ni faire la moue. La prononciation des labiales est pénible. Ils ne peuvent fermer complètement les yeux et c'est à peine s'ils esquissent le froncement des sourcils.

Après de longues années, l'atrophie peut être portée à un degré tel que la face soit devenue complètement immobile.

Instantanés ophtalmologiques

On saisit d'un coup d'œil aux consultations ophtalmologiques des aspects des attitudes, des signes, qui indiquent à coup sûr avant tout examen de fond de quelle affection le patient est atteint. Ce diagnostic de chic ne doit pas empêcher de faire un examen détaillé car on s'exposerait à de coupables erreurs.

— Celui-ci entre la tête basse, la main sur le front en abat-jour : c'est une cataracte.

— Celui-là chemine la tête haute avec une démarche mal rythmée : c'est une atrophie papillaire.

— Cet homme incline la tête de côté, il ferme un œil a le cou de travers : il a une paralysie d'un des muscles de l'œil.

— Cette femme a l'air hébété, la vue voilée, les pupilles dilatées sans rougeur des yeux : elle a probablement une névrite optique.

— Un œil largement ouvert, larmoyant qui ne cligne pas, indique de loin un lagophtalmos dû à une paralysie faciale.

— Des paupières épaissies à moitié tombantes avec un peu de rougeur ou de sécrétions sur les bords feront rechercher les granulations conjonctivales.

— Le nouveau-né présenté dans les bras de sa mère ou d'une nourrice avec les paupières rouges, gonflées laissant échapper du pus a certainement une ophtalmie purulente.

— L'enfant plus âgé qui fuit le jour, baisse la tête, se défend contre toute exploration par une stricture intense des paupières est atteint de kératite.

— Cet autre qui a les paupières fermées par des mucosités mais ne craint ni la lumière ni l'examen n'a que de la conjonctivite.

— Un individu d'un certain âge qui semble souffrir violemment de la tête, appuie sa main sur la région orbitaire, dont l'œil est rouge, terne avec une pupille dilatée vient d'avoir une attaque de glaucome aigu.

FACIES DE MORT.

Les cachectiques.

Les cachexies sont multiples comme les maladies qui les engendrent. Il s'en suit que le mode cachectique affecté par chaque individualité morbide peut avoir une certaine valeur diagnostique. Il serait donc fort à désirer que l'on possédât des caractères précis nettement tranchés, qui permissent, une cachexie étant donnée de la baptiser d'un nom.

L'état cachectique présente des caractères généraux. Nous allons essayer de passer quelques-uns de ces caractères en revue, puis, nous décrirons quelques types cliniques de cachectiques.

La cachexie, en général, impose une modification profonde dans la coloration de la peau, c'est là le caractère qui frappe en premier. Pâleur du teint, indice certain d'anémie, mais pâleurs nuancées suivant les affections différentes qui les commandent. Puis également une émaciation progressive, caractéristique constante de tout état cachectique, et qui, rapidement ou insensiblement conduira au marasme. Fonte du tissu cellulo-adipeux, fonte des masses musculaires au point que le malade n'ayant plus, dit-on, que la peau sur les os, l'on

voit se dessiner puis surgir les arcades orbitaires; les apophyses zygomatiques, enfin toute l'architecture osseuse du visage. Dès lors le rire ni la colère ne pouvant plus animer les muscles de visage, les expressions physiologiques trouveront dans le regard leur dernier refuge. Et, les yeux auront de ces sourires tristes qui laissent le médecin, interdit, au seuil de ces souffrances acceptées. Et, les yeux auront de ces éclats durs qui expriment la haine, la crainte de la mort. Et les yeux auront de ces regards méchants, reflets du drame cruel qui les torture.

Pour éviter des redites nous ne présenterons pas ce petit vieux décrépi, lamentable qu'est l'hérédosyphilitique, ni ce malingre à l'air souffreteux et souvent hostile qu'est le rachitique, ni l'étrange visage bouffi et sale de l'enfant scrofuleux.

Nous nous abstiendrons également de donner comme exemple le facies des cachexies cardiaques que nous avons tenté de décrire à l'asystolie, celui des brightiques, cachexie séreuse des anciens, si voisine de la précédente mais contresignée par l'anasarque. Nous retrouverons au saturnisme et à l'hydrargyrisme les cachexies métalliques.

La cachexie cancéreuse

La cachexie cancéreuse lorsqu'elle est bien établie se reconnaît au premier coup d'œil, à la couleur jaune paille qui d'abord visible à la face, au pourtour du nez et des

lèvres finit par envahir toute la surface tégumentaire. Le visage exprime la souffrance, en tous cas l'abattement prodigieux des forces. Mais, quelque remarquable que soit la couleur jaune paille des cancéreux, elle n'est pourtant pathognomonique qu'à condition d'être à son maximum. Dans ses nuances les moins prononcées, elle peut se confondre surtout chez les gens âgés avec la gamme des teintes anémiques. Et, c'est là une cruelle erreur commise par bien des gens du monde.

La cachexie palustre

La cachexie palustre fournit au diagnostic des éléments peu nombreux mais extrêmement nets. Le principal est encore ici la couleur de la peau, c'est une teinte jaune, spéciale, qui n'a aucun rapport ni avec l'ictère, ni avec la teinte cancéreuse, elle a été comparée tantôt comme celle de la chlorose à la couleur de la cire vieillie, tantôt à celle du pain d'épices. Il vaudrait mieux l'appeler simplement la teinte paludéenne car rien n'y ressemble. Elle peut commencer à se manifester dès le troisième ou quatrième accès de fièvre intermittente. Dans un degré plus avancé il s'y joint des hydropisies. Tous les observateurs depuis Hippocrate ont été frappés de cet aspect malingre, mollasse, boursouflé, livide parfois verdâtre qu'il est si fréquent de rencontrer dans les pays marécageux.

La cachexie scorbutique

Cette cachexie est sans contredit l'une de celles qui possède l'expression phénoménale la plus accentuée. La peau est d'un blanc sale ou bleuâtre. Les lèvres ont une lividité particulière. Les suffusions sanguines se faisant par poussées successives revêtent toutes les teintes des ecchymoses donnant à la surface cutanée un aspect marbré des plus bizarres. Les gencives sont fongueuses. L'haleine fétide.

La cachexie tuberculeuse

Pour eux, l'amâigrissement atteint ses limites les plus extrêmes. La peau parcheminée est véritablement collée sur les os. Le malheureux est en quelque sorte desséché, réduit à l'état de squelette. Souvent la peau desquame et se couvre de crasse donnant un masque étrange peint en couleurs diverses et mal fondues. La fièvre, quotidienne visiteuse, vient farder en rose ou vermillon les pommettes et donner au regard un éclat de cristal.

L'agonisant

Ce facies est le couronnement fréquent mais non constant de toutes les maladies qui s'accompagnent d'adynamie et de troubles profonds de la nutrition.

La physionomie de l'agonisant est presque celle d'un cadavre. Couché sur le dos, la tête renversée en arrière ou bien inclinée en avant, il a presque cessé d'être en relation avec le monde extérieur. Les sensations, la connaissance, la voix s'estompent ou s'affaiblissent.

Et de fait, la mort envahit par degrés la face du malade succombant à l'excès de son mal. Le front tendu, les tempes arides et parcheminées. Les paupières demi closes ou largement ouvertes mais immobiles. Les yeux comme deux grands trous profonds cernés par la margelle élevée des orbites. Les cornées desséchées et ternies par l'ombre de la mort voilent les pupilles dilatées. Le nez pointu effilé, les narines pulvérulentes, les joues creusées accusant la saillie des pommettes. La bouche béante sèche semblant faire appel à l'air qui manque. Les lèvres bleuissantes, flétries, relâchées et pendantes. Les oreilles redressées ivoirines ou diaphanes. Ce sont là signes précurseurs d'une mort prochaine.

La respiration est bruyante, saccadée, et l'on entend à distance des râles et quelquefois un véritable gazouillement. A chaque mouvement respiratoire le larynx s'élève et s'abaisse alternativement, comme si l'air était dégluti. La peau, le plus souvent froide se couvre d'une sueur visqueuse.

La mort survient alors d'une façon insensible. Parfois le moribond articule péniblement quelques mots et l'on entend à peine ses paroles; la voix se meurt comme au fond des bois la voix du cor. D'autres fois, un cri quelques mouvements convulsifs. Il expire dans un geste fou.

Le facies de l'agonie n'est pas tel chez les malades atteints d'affections aiguës qui déterminent une mort prompte sans avoir le temps d'altérer la face, tel non plus chez l'enfant dont la figure ronde et grasse se prête mal à l'affaissement des traits, ni chez le vieillard qui s'éteint petit à petit sans passer par les phases défigurantes de l'agonie.

CONCLUSIONS.

Pratiquement, malgré l'immensité des découvertes modernes, bactériologiques, microbiologiques, anatomo-pathologiques, l'examen clinique du malade reste l'acte prépondérant, et l'examen du facies logiquement préliminaire son introducteur le plus précieux, car non seulement il éclaire mais souvent impose le diagnostic.

A la lueur des découvertes du laboratoire le cadre des classifications anciennes ayant éclaté l'exposé des facies a subi des dislocations, des remaniements.

Toutefois nous ne pensons pas qu'il soit possible de présenter une étude synthétique des facies en les rapprochant sous une même étiquette : facies abdominal, respiratoire, nerveux. Les liens de parenté qui les unissent n'empêchent point de les différencier aussi nettement que les visages des membres d'une même famille.

De plus, il existe pour beaucoup de maladies en marge du facies type — pur — des facies combinés, influencés.

Néanmoins l'étude du *facies*, dans la lutte pour la recherche de la vérité, ne sera souvent que la fusée éclairante, l'avion de reconnaissance, indiquant la situation critique d'un organe sur lequel la clinique et au besoin le laboratoire concentreront leurs efforts pour arracher le diagnostic victorieux.

Vu :

Le Doyen,

H. ROGER.

Vu :

Le Président de thèse,

MÉNÉTRIER,

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Ballet-Gilbert.** — *Traité de pathologie mentale.*
- Barbier.** — Tuberculose pulmonaire (*Traité médecine Brouardel-Gilbert.*)
- Barié.** — *Les maladies du cœur.*
- Benoit.** — *L'iridodiagnostic,* Paris, Maloine.
- Branchu.** — Physique et moral dans quelques maladies (*Thèse Paris, 1920*).
- Brissaud.** — Paralyse glosso-labio-laryngée (*Tr. médecine Brissaud-Charcot*).
- Brun et Morax.** — Sémiologie de l'appareil visuel (*Pathol. génér. Bouchard*).
- Castaigne.** — Sémiologie cutanée des hépatiques (*Tr. pathol. médic. Coll-Sergent*).
- Castex.** — L'adénoïdien (*Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet*).
- Claude.** — L'ophtalmoplégie (*Traité de médecine Brouardel-Gilbert*).
- Delaigue-Deschamps.** — *Dissertation sur les signes tirés de l'expression de la face dans les maladies aiguës cérébrales thoraciques et abdominales,* Paris, 1813.
- Déjerine.** — Myopathie, sclérodémie, acromégalie (*Path générale Bouchard*).
- Duchenne de Boulogne.** — *Electrisation localisée,* Paris, 1855, Texte et Atlas, 2 vol. Paris, 1862.
- Farabeuf.** — Contribution à l'étude de la physionomie chez les aliénés (*Thèse, 1898*).
- Féré.** — Troubles de l'intelligence (*Path. générale Bouchard*).

- Fournier (Edmond).** — Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis (*Thèse Paris*, 1898).
- De Gennes.** — Le scrofuleux (*Tr. méd. Brouardel et Gilbert*).
- Gintrac.** — *Dictionnaire Jaccoud*. Articles Face et Habitus.
- Gratiolet.** — *La physiognomonie*.
- Grill.** — *Facies hominum*, 1738.
- Grisolle.** — *Traité de pathologie interne*, *passim*.
- Guillaume.** — Pathologie du sympathique (*Tr. de path. méd.*, collec. Sergent).
- Guyon.** — *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*.
- Harvier.** — Pathologie des glandes endocrines (*Tr. de path. méd.*, collec. Sergent).
- Hippocrate.** — *Œuvres*, *passim*.
- Iconographies de la Salpêtrière.**
- Jaccoud.** — *Traité de pathologie interne*, *passim*.
- Jacquet.** — Addisonien (*Traité méd. Brouardel et Gilbert*).
- Jeannin.** — Pigmentation cutanée dans la phthisie (*Thèse Paris* 1869).
- Josué et Paillard.** — L'artériosclérose (*Précis path. interne Gilbert-Fournier*).
- Lagrange.** — Physionomie et les altérations qu'elle subit dans les maladies (*Thèse Paris*, 1869).
- Landré-Beauvais.** — *Dictionnaire des sciences médicales*, 1815. Article Face.
- Ledos.** — *Thèse Paris*, 1894.
- Le Gendre.** — Semiologie générale du tube digestif (*Path. générale Bouchard*).
- Le Noir.** — Asthme et emphysème pulmonaire (*Tr. méd. Brouardel-Gilbert*).
- Lequeux.** — Rachitisme. La Joconde (*Esculape*, 1912).
- Lermoyez.** — L'adénoïdien (*Path. générale Bouchard*).
- Letulle.** — Saturnisme, hydrargyrisme (*Traité méd. Brouardel-Gilbert*).

- Leurs.** — *Expression de la face dans les maladies chroniques des organes contenus dans les cavités du crâne, de la poitrine et de l'abdomen*, Paris, 1813.
- Mayet.** — *Traité de diagnostic et de sémiologie*, 1898.
- Parmentier.** — Chlorose, anémie pernicieuse (*Traité Brouardel-Gilbert*).
- Petit-Brégnat.** — *Thèse Paris*, 1872.
- Racle.** — *Diagnostic médical*, 1864.
- Richer (Paul).** — *Introduction à l'étude de la physionomie humaine*, Paris, Nouvelle Iconographie, 1888.
- Roger (H.).** — Du diagnostic et du pronostic (*Path. générale Bouchard*).
- Sainton.** — Goitre exophtalmique (*Tr. Brouardel-Gilbert*).
- Sikorski.** — Des indices physionomiques de la démence apathique (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1893).
- Simon.** — *Thèse Paris*, 1822.
- Souques.** — Le myxœdème (*Traité de médecine Charcot-Bouchard*).
- De Souza-Leite.** — L'acromégalique (*Thèse Paris*).
- Terrien.** — Syndrome oculo-sympathique paralytique (*Presse médicale*, 22 janvier 1911).
- Thibierge.** — *Monographie clinique du myxœdème*.
- Tholnot.** — Choléra asiatique (*Nouveau traité de médecine et thérapeutique Brouardel-Gilbert*).
- Triboulet.** — Maladie des tics (*Traité de médecine Brouardel-Gilbert*).
- Trousseau.** — Instantanés ophtalmologiques (*Journal des Praticiens*, n° 20, 1905).
- *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, passim.
- Vaillard.** — Tétanos (*Traité de médecine Brouardel-Gilbert*).
- Valleix.** — *Traité de pathologie interne*, passim.
- Widal (V.).** — *Dictionnaire Dechambre*, Article Facies.
- Wurtz.** — Opium, arsenic (*Traité méd. Brouardel-Gilbert*).

